

INTRODUCTION

Le cercle des personnes protégées de l'assurance dépendance est identique à celui de l'assurance maladie-maternité. Au 31 décembre 2015, 13 542 personnes sont prises en charge par l'assurance dépendance.

OBJECTIFS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005, portant introduction d'une assurance dépendance a reconnu la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale au même titre que la maladie, l'accident de travail, l'invalidité et la vieillesse. L'assurance dépendance a pour objet de compenser les frais générés par le besoin d'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie.

Les actes essentiels de la vie comprennent :

- dans le domaine de l'hygiène corporelle : se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer ;
- dans le domaine de la nutrition : la préparation en vue de l'absorption d'une alimentation adaptée et l'assistance pour l'absorption de cette alimentation ;
- dans le domaine de la mobilité : exécuter le transfert et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.

L'assistance d'une tierce personne consiste à effectuer, en tout ou en partie, à sa place 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 (art. 348 du CSS).

Pour être couvert par l'assurance dépendance, le besoin d'aides et de soins doit être important et régulier et représenter au moins trois heures et demie par semaine. En outre, l'état de dépendance doit, suivant toute probabilité, dépasser 6 mois ou être irréversible. Les personnes ne remplissant pas ces conditions, mais qui disposent d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour bénéficier de soins palliatifs font également partie du cercle des bénéficiaires de l'assurance dépendance (art. 349 du CSS).

LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées sous sept rubriques :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, dans les trois domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les conseils ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

ORGANISATION DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

L'organisation de l'assurance dépendance a été confiée à deux instances, à savoir la Caisse nationale de santé (CNS) et la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

La Caisse nationale de santé

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

La Cellule d'évaluation et d'orientation

Service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale et rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale (art. 386 alinéa 1 du CSS), la CEO a pour mission de constater l'état de dépendance et d'établir un plan de prise en charge reprenant les aides et soins requis par la personne dépendante.

Dans ce contexte, elle peut aussi, le cas échéant, proposer des mesures de rééducation et de réadaptation et proposer le maintien à domicile ou l'admission en établissement d'aides et de soins.

Elle est en outre chargée d'une mission de contrôle de la qualité des prestations fournies et de l'adéquation entre les prestations dispensées et les besoins de la personne dépendante.

Elle a également pour mission d'informer et de conseiller les personnes protégées et les instances concernées en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes.

Son organisation repose, en outre, sur trois instances de concertation :

- la Commission consultative ;
- la Commission de qualité des prestations ;
- l'Action concertée de l'assurance dépendance.

La Commission consultative

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des bénéficiaires et des prestataires, des partenaires sociaux et de la CNS, elle donne son avis sur les instruments d'évaluation et de mesure de la dépendance, les projets d'actions expérimentales et la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance.

La Commission de qualité des prestations

Composée de représentants du gouvernement, de représentants des prestataires et d'un expert en soins de santé proposé par l'association la plus représentative des patients, 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.

L'Action concertée

Réuni à l'initiative du Ministre de la sécurité sociale, ce comité a pour but d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins et de proposer des améliorations de la situation et de la prise en charge des personnes dépendantes. Il rassemble les Ministres ayant dans leurs

attributions la Famille, la Santé et le Budget ou leurs représentants, les organisations œuvrant dans les domaines de la Santé, de la Famille et de l'Action sociale, ainsi que les associations représentant les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

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

- Une contribution dépendance prélevée sur les revenus des personnes assurées.
- Une contribution annuelle de l'Etat.
- Une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie.

1. LES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Pour pouvoir opérer dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestataires doivent exercer leur activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministère de tutelle, soit en vertu d'une autre disposition légale. Ils doivent également adhérer à la convention-cadre négociée entre la CNS et l'association représentative des prestataires ou s'engager avec la CNS par un contrat de prestations de services¹.

1.1. LA CONVENTION-CADRE

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

En adhérant à la convention-cadre, les prestataires s'engagent à prester les aides et soins conformément au plan de prise en charge établi par la CEO et à fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité.

On distingue quatre catégories de prestataires

- les réseaux d'aides et de soins ;
- les centres semi-stationnaires ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

Pour le paiement des prestations, on applique une valeur monétaire spécifique aux prestations de chaque catégorie de prestataires. Ces valeurs monétaires sont négociées annuellement entre les prestataires et la CNS.

1.1.1. Les réseaux d'aides et de soins

Le réseau d'aides et de soins se définit comme un ensemble constitué d'une ou de plusieurs personnes physiques ou morales, assurant la prise en charge de la personne dépendante à domicile.

Au 31 décembre 2015, 22 prestataires ont conclu un contrat en tant que réseau d'aides et de soins. On y compte 11 réseaux se destinant à l'ensemble de la population dépendante dans

1. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2010/0042/a042.pdf#page=2>

tout le pays et un réseau spécialisé dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psycho-gériatriques. 10 réseaux s'adressent spécifiquement aux personnes handicapées². Vu que le réseau d'aides et de soins doit apporter l'ensemble des prestations du maintien à domicile, le réseau intègre des centres semi-stationnaires ou s'assure leur collaboration par un contrat de sous-traitance.

1.1.2. Les centres semi-stationnaires

Les centres semi-stationnaires accueillent soit de jour, soit de nuit des personnes bénéficiant de prestations dans le cadre du maintien à domicile et assurent leur prise en charge en fonction de leur état de dépendance. Actuellement, on trouve uniquement des centres accueillant les personnes durant la journée.

En décembre 2015, on comptait 52 centres semi-stationnaires, sous l'égide de 20 prestataires différents. 38 exercent leur activité sur base d'un agrément de centre psycho-gériatrique et 14 sont des centres de jour pour personnes handicapées².

1.1.3. Les établissements d'aides et de soins à séjour continu

Les établissements d'aides et de soins à séjour continu hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes et leur assurent l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Ainsi, au 31 décembre 2015, on compte 52 établissements de ce type, dont 21 maisons de soins et 31 centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) qui ont conclu un contrat d'aides et de soins avec la CNS.

1.1.4. Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent hébergent de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

Ils répondent de façon prépondérante, aux besoins des personnes handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 ainsi que des personnes bénéficiant de l'allocation spéciale supplémentaire pour personnes handicapées³.

La singularité des établissements à séjour intermittent 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 établissement à séjour intermittent peut recevoir les prestations prévues pour les établissements durant son séjour à l'établissement. Il peut recevoir les prestations prévues pour le domicile, lorsqu'il séjourne à domicile. En outre, la loi permet que la répartition des prestations en nature et en espèces soit déterminée à terme échu (ex post). Ceci permet de tenir compte a posteriori des périodes effectives du séjour du bénéficiaire en établissement et à domicile. Cette possibilité n'est admise que dans le cas des établissements à séjour intermittent. Elle ne peut être appliquée pour les bénéficiaires à domicile dont la répartition des aides et soins entre le réseau et l'aidant informel est réalisée avant la décision.

Au 31 décembre 2015, on compte 40 structures disposant d'un contrat d'aides et de soins du type de l'établissement à séjour intermittent².

2. Source : CNS.

3. <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2014/0015/a015.pdf#page=13>

1.2. LE CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES

Les fournisseurs spécialisés en aides techniques et adaptations du logement concluent un contrat de prestation de service avec la CNS par lequel ils s'engagent à respecter le cahier de charges, les prix de location ainsi que les modalités relatives à l'entretien, à la réparation, au remplacement et à la reprise des aides techniques. En 2015, l'assurance dépendance s'adresse à près de 220 fournisseurs spécialisés.

La majorité des fournisseurs d'aides techniques et d'adaptations du logement appartiennent au secteur de la construction. Il s'agit plus précisément d'entreprises effectuant des travaux d'installation d'équipements thermiques et de climatisation ainsi que d'entreprises de menuiserie.

1.3. LE PERSONNEL

La présente section porte sur le personnel prestant exclusivement des aides et soins aux personnes dépendantes, à savoir les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

1.3.1. Les prestataires d'aides et de soins

Les chiffres des tableaux 1 et 2 portent sur le personnel employé dans le secteur des soins de longue durée. Il s'agit des données communiquées à la CNS pour la négociation des valeurs monétaires.

Tableau 1: Evolution des effectifs du personnel ^{a b c}

	2012	En % du total	2013	En % du total	2014	En % du total
Réseaux d'aides et de soins	2 107,3	24,9%	2 235,5	25,6%	2480,2	26,8%
Centres semi-stationnaires	399,6	4,7%	419,4	4,8%	436,8	4,7%
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 053,9	59,6%	5 166,1	59,1%	5379,9	58,1%
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	917,7	10,8%	925,7	10,6%	967,4	10,4%
TOTAL	8 478,5	100,0%	8 746,7	100,0%	9 264,4	100,0%

a. Le personnel est exprimé en ETP.

b. Moyenne annuelle.

c. Source : données CNS.

Le personnel employé par le secteur des soins de longue durée représente en 2014 un total de 9 264,4 équivalents temps plein. Parmi ce total, 58,1% sont occupés dans les établissements à séjour continu (maisons de soins et centres intégrés). Suivent les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent et finalement les centres semi-stationnaires qui occupent 4,7% de l'effectif total considéré. Le nombre d'effectif a connu une hausse de 5,9% entre 2013 et 2014 pour l'ensemble des prestataires.

Le tableau 2 présente le détail par qualification du personnel employé par les différents prestataires.

Tableau 2: Evolution du personnel par qualification ^{a b c}

Type de prestataire	2012	2013	2014
Réseaux d'aides et de soins	2 107,3	2 235,5	2 480,2
Personnel d'assistance et de soins	1 914,7	2 028,1	2 260,1
Personnel socio-éducatif	33,1	40,1	40,6
Personnel administratif	133,9	142,3	151,8
Personnel technique et logistique	25,7	25,0	27,7
Centres semi-stationnaires	399,6	419,4	436,8
Personnel d'assistance et de soins	226,0	231,5	244,5
Personnel socio-éducatif	87,2	93,8	100,0
Personnel administratif	23,4	25,2	27,3
Personnel technique et logistique	63,0	68,9	65,1
Etablissements d'aides et de soins à séjour continu	5 053,9	5 166,0	5 379,9
Personnel d'assistance et de soins	3 569,8	3 467,1	3 648,8
Personnel socio-éducatif	128,2	143,2	175,6
Personnel administratif	258,3	260,9	278,1
Personnel technique et logistique	1 097,7	1 294,9	1 277,4
Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent	917,7	925,7	967,4
Personnel d'assistance et de soins	350,8	365,2	383,9
Personnel socio-éducatif	414,0	409,4	422,3
Personnel administratif	48,0	51,9	58,5
Personnel technique et logistique	104,9	99,3	102,7
TOTAL	8 478,5	8 746,6	9 264,4
Variation en %	5,2%	3,2%	5,9%
Nombre d'ETP prestant des soins	6 061,3	6 091,9	6 537,3
Nombre d'ETP prestant des soins (en % du total)	71,5%	69,6%	70,6%

- a. Le personnel est exprimé en ETP.
- b. Moyenne annuelle.
- c. Source : données CNS.

En 2014, la plus forte croissance au niveau des ETP (+10,9%) est constatée pour les réseaux d'aides et de soins. Les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjours intermittent affichent une croissance au niveau des ETP entre 4,1% et 4,4%. L'analyse des ETP par qualification montre que la plus grande majorité de l'effectif se compose de personnel chargé des soins. Dans les réseaux, il représente 91,1% de l'ensemble du personnel employé en 2014.

Les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, qui assurent la prise en charge de personnes handicapées et nécessitent par conséquent un personnel issu de disciplines différentes, affichent un pourcentage du personnel socio-éducatif qui dépasse celui des professionnels chargés spécifiquement des soins.

En cela, ils se distinguent fortement des trois autres types de prestataires. Enfin, au niveau de l'ensemble des prestataires, la part du personnel prestant directement auprès de la personne est en augmentation régulière.

2. LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Encadré méthodologique

Les chiffres qui suivent rendent compte d'une situation instantanée et non d'une situation dynamique. Ils concernent les personnes qui, à la date du 31 décembre de l'année concernée (sauf indication contraire), ont obtenu une décision positive de la CNS. 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. Une comparaison avec les moyennes calculées annuellement pour les besoins de la comptabilité de la CNS n'est pas possible.

Par ailleurs, les chiffres à la date du 31 décembre sont provisoires dans la mesure où des décisions rétroactives peuvent encore intervenir pour des demandes reçues avant le 31 décembre. Un certain recul est nécessaire pour établir des données définitives, possible à partir du moment où toutes les décisions se rapportant aux demandes formulées dans le courant de l'année auront été signifiées.

2.1. LES CARACTÉRISTIQUES DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La population des personnes dépendantes au 31 décembre 2015 peut se dessiner en quelques grands traits :

- la population dépendante continue à augmenter ;
- le taux de dépendance de la population protégée reste stable ;
- il y a deux fois plus de bénéficiaires à domicile que de bénéficiaires en établissement ;
- presque deux bénéficiaires sur trois sont des femmes ;
- quatre hommes dépendants sur cinq résident à domicile ;
- trois bénéficiaires sur quatre en établissement sont des femmes ;
- l'âge moyen des bénéficiaires est beaucoup plus élevé en établissement qu'à domicile.

Tableau 3: Evolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a

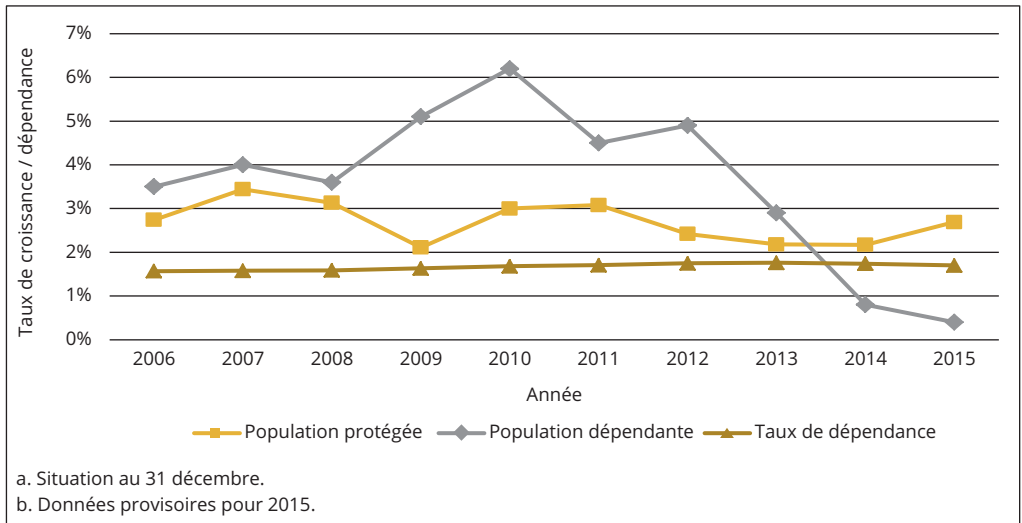
Année	Nombre	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2006	9 857	3,5%	9 488	96,3%
2007	10 249	4,0%	9 853	96,1%
2008	10 621	3,6%	10 204	96,1%
2009	11 159	5,1%	10 732	96,2%
2010	11 847	6,2%	11 388	96,1%
2011	12 386	4,5%	11 921	96,2%
2012	12 999	4,9%	12 516	96,3%
2013	13 378	2,9%	12 891	96,4%
2014	13 490	0,8%	13 021	96,5%
2015 ^b	13 542	0,4%	13 094	96,7%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Après trois ans de croissance inférieure à 4%, l'augmentation annuelle observée entre 2009 et 2012 semble se stabiliser autour de 5%. Ensuite, un ralentissement de la croissance peut être observé. En 2015, le nombre de bénéficiaires augmente seulement de 0,4% (calcul provisoire) par rapport à 2014. Il affiche cependant en 10 ans une croissance de 37,4%. Le tableau 3 illustre que la part des bénéficiaires non-résidents est restée relativement stable au courant des dernières années. Il convient de noter qu'au-delà du nombre de bénéficiaires par année repris dans cette partie (c.à.d. les personnes dépendantes qui au 31 décembre de l'année respective sont bénéficiaires sur base d'un plan de prise en charge), d'autres personnes ont reçu des prestations de l'assurance dépendance durant l'année en question (personnes rétablies, personnes décédées, bénéficiaires d'aides techniques ...).

Graphique 1: Taux de croissance de la population protégée et taux de dépendance ^{a b}



Le graphique 1 met en parallèle le taux de croissance de la population protégée et celui de la population dépendante. Entre 2006 et 2008 les croissances des deux populations évoluaient quasiment en parallèle, celle de la population dépendante ayant pourtant toujours dominée celle de la population protégée. De 2009 à 2012, l'écart se creuse de nouveau, et, sauf pour 2011, les taux de croissance de la population dépendante affichent plus du double de ceux de la population protégée. En 2013, le taux de croissance de la population dépendante ne se situe que légèrement au-dessus de celui de la population protégée. Pour les années 2014 et 2015, ce taux est inférieur à celui de la population protégée.

Le taux de dépendance en 2015 reste stable par rapport à 2014 avec 1,7% de la population protégée. Toutefois, il faut noter que le nombre de personnes bénéficiant de prestations et résidant à l'étranger est très faible alors que la population protégée résidant à l'étranger est importante. Le rapport de la population dépendante résidente à la population protégée résidente est beaucoup plus élevé que le taux de dépendance global (résidents et non-résidents). Au 31 décembre 2015, les personnes dépendantes au Luxembourg représentent 2,5% de la population protégée résidente. Le taux de dépendance des personnes ayant atteint au moins 65 ans s'élève quant à lui en 2015 à 13,5%.

Tableau 4: Evolution du nombre de bénéficiaires par lieu de séjour ^a

Année	Domicile	En % du total	Variation en %	Etablissement	En % du total	Variation en %	Total	Variation en %
2013	9 125	68,2	+3,1%	4 253	31,8	+2,5%	13 378	+2,9%
2014	9 102	67,5	-0,3%	4 388	32,5	+3,2%	13 490	+0,8%
2015 ^b	9 045	66,8	-0,6%	4 497	33,2	+2,5%	13 542	+0,4%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Le maintien à domicile avant l'hébergement en institution était l'objectif majeur recherché par le législateur lors de l'introduction de l'assurance dépendance. En 2015 la part des bénéficiaires à domicile se situe à 66,8%, ce qui veut dire que deux bénéficiaires sur trois reçoivent des prestations à domicile.

Le nombre de bénéficiaires à domicile diminue en 2015 de 0,6% par rapport à 2014, celui des bénéficiaires en établissement affiche une croissance de 2,5%.

Tableau 5: Evolution du nombre de bénéficiaires par sexe et lieu de séjour ^a

Année	Domicile		Etablissement		Total		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2013	3 761	5 364	1 059	3 194	4 820	8 558	13 378
2014	3 771	5 331	1 090	3 298	4 861	8 629	13 490
2015 ^b	3 784	5 261	1 136	3 361	4 920	8 622	13 542

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2015, sur les 13 542 bénéficiaires, on recense 8 622 femmes, soit 63,7% de la population dépendante, et 4 920 hommes. Avec 76,9%, la grande majorité des hommes réside à domicile, tandis que chez les femmes ce même taux n'est que de 61,0%. Ainsi, les hommes représentent 41,8% des bénéficiaires à domicile, alors qu'ils ne représentent que 36,3% de l'ensemble des bénéficiaires. Sachant que l'âge moyen des bénéficiaires en établissement est beaucoup plus élevé, ce phénomène s'explique notamment par l'espérance de vie plus élevée des femmes.

Tableau 6: Evolution du nombre de bénéficiaires par groupe d'âge et lieu de séjour ^a

Groupe d'âge	2013			2014			2015 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
0-19	896	0	896	921	0	921	949	0	949
20-39	576	0	576	576	1	577	570	4	574
40-59	1 229	46	1 275	1 197	46	1 243	1 178	47	1 225
60-69	1 014	169	1 183	1 034	173	1 207	1 048	192	1 240
70-79	1 836	679	2 515	1 799	680	2 479	1 722	633	2 355
80-89	2 885	2 297	5 182	2 853	2 318	5 171	2 841	2 391	5 232
>=90	689	1 062	1 751	722	1 170	1 892	737	1 230	1 967
TOTAL	9 125	4 253	13 378	9 102	4 388	13 490	9 045	4 497	13 542

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Les personnes de moins de 60 ans sont peu nombreuses en établissement (et ceci, malgré l'intégration depuis 2007 d'une partie des institutions destinées aux personnes handicapées dans la catégorie des établissements à séjour intermittent⁴). La barre de 25% de bénéficiaires en établissement est franchie dans le groupe des septuagénaires, une répartition égale entre les bénéficiaires à domicile et les bénéficiaires en établissement étant observée dans le groupe des octogénaires. Même pour les personnes dépendantes qui dépassent 90 ans, plus de 35% résident à domicile.

Tableau 7: Evolution de l'âge moyen et de l'âge median de la population des bénéficiaires de l'assurance dépendance ^a

	2013			2014			2015 ^b		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
Age moyen	65,7	84,4	71,7	65,6	84,6	71,8	65,5	84,6	71,9
Age médian	75	85	80	75	86	80	75	86	80

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

4. Les modifications de la loi du 19 juin 1998 intervenues en 2005 ont ajouté deux nouveaux types de prestataires aux deux types existant précédemment, à savoir les établissements à séjour intermittent destinés aux personnes handicapées et les centres semi-stationnaires. Avant cette modification, entrée en application au 1^{er} janvier 2007, toutes les structures accueillant des personnes handicapées étaient considérées comme des réseaux intervenant pour des personnes à domicile. On notera que la loi donne à tous les prestataires la possibilité de conclure plusieurs types de contrats d'aides et de soins pour autant qu'ils établissent une comptabilité distincte pour chacun d'eux. La plupart des structures détiennent ainsi plusieurs types de contrats, ce qui explique probablement cette faible proportion de personnes de moins de soixante ans accueillies en établissement.

Entre 2013 et 2015, on constate peu de variation au niveau des groupes d'âge et du lieu de séjour. En 10 ans, l'âge moyen à domicile a cependant baissé de 1,2 ans et se situe à 65,5 ans en 2015. Par contre, l'âge moyen dans les établissements a augmenté de 1,2 ans depuis 2006 pour atteindre 84,6 ans en 2015. La différence d'âge moyen entre bénéficiaires à domicile et dans un établissement s'élève à 19 ans en 2015.

2.2. LES BÉNÉFICIAIRES DE PRESTATIONS FORFAITAIRES

Parmi l'ensemble des bénéficiaires qui viennent d'être évoqués, un groupe particulier ne répond pas aux critères habituels servant à déterminer la dépendance.

Le règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 fixant les modalités de la détermination de la dépendance prévoit l'octroi de prestations forfaitaires pour les personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida.

Pour les personnes atteintes de ces affections, le législateur a introduit des dispositions particulières permettant de déroger au principe du besoin minimum d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Les personnes présentant les affections décrites ci-dessus ont alors droit à une prestation en espèces forfaitaire correspondant à six heures d'aides et de soins par semaine.

Tableau 8: Répartition des bénéficiaires de prestations forfaitaires par sexe et par type d'affection ^{a b c}

Type	2013			2014			2015 ^d		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Surdité / troubles de la communication	90	80	170	91	82	173	89	82	171
Cécité	98	135	233	94	130	224	103	143	246
Spina bifida	22	19	41	22	20	42	22	20	42
TOTAL	210	234	444	207	232	439	214	245	459

a. Art 305 point 3 du CSS.

b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.

c. Nombre annuel.

d. Données provisoires.

En 2015, 459 personnes bénéficient de prestations forfaitaires. Ce groupe représente 5,1% de l'ensemble des bénéficiaires se trouvant à domicile. Une personne sur deux est atteinte de cécité et 4 personnes sur 10 sont sourdes.

Depuis 2013, le groupe des bénéficiaires de prestations forfaitaires est resté relativement stable, tant au niveau des chiffres absolus, qu'au niveau de la composition du groupe.

Une analyse par sexe met en évidence que les hommes sont plus nombreux à présenter un déficit auditif, alors que les femmes sont plus nombreuses parmi les bénéficiaires de prestations en raison de cécité.

Tableau 9: Âge moyen des bénéficiaires de prestations forfaitaires par type d'affection ^{a b c}

Année	Surdité / troubles de la communication	C�c�t�	Spina bifida	Ensemble des bénéficiaires
	âge moyen	âge moyen	âge moyen	âge moyen
2013	51,8	62,4	28,3	55,2
2014	53,2	62,6	29,2	55,7
2015 ^d	53,6	63,6	30,2	56,8

- a. Art 305 point 3 du CSS.
- b. Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance.
- c. Nombre annuel.
- d. Données provisoires.

Les personnes bénéficiant d'un forfait en raison de spina bifida sont beaucoup plus jeunes que les bénéficiaires appartenant aux deux autres groupes. Les bénéficiaires de prestations en raison d'un déficit auditif présentent l'âge moyen le plus élevé.

2.3. LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs prestés dans le secteur extrahospitalier sont pris en charge par l'assurance dépendance.

Les bénéficiaires repris dans cette section sont regroupés par année de décès. Il ne s'agit donc pas du nombre de bénéficiaires au 31 décembre, mais du nombre de bénéficiaires décédés au courant de l'année.

Tableau 10: Evolution du nombre de bénéficiaires d'un accord pour soins palliatifs par année de décès ^a

	Année de décès				
	2011	2012	2013	2014	2015 ^b
Avec soins facturés	152	240	254	309	333
Sans soins facturés	295	339	289	372	381
Total	447	579	543	681	714

- a. Nombre annuel.
- b. Données provisoires.

En 2015, 714 personnes disposant d'un accord du Contrôle médical de la sécurité sociale pour b n fici r de soins palliatifs sont décédées. Les prestataires de l'assurance dépendance ont introduit des factures pour 333 personnes bénéficiant d'un accord et décédées en 2015 (situation en date du 6 octobre 2016), dont 150 hommes et 183 femmes.

Les données qui suivent se limitent aux personnes pour lesquelles l'assurance dépendance est intervenue.

Tableau 11: Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian des bénéficiaires d'un accord soins palliatifs

	Année de décès		
	2013	2014	2015 ^a
Age moyen global	76,6	77,6	78,2
Hommes	74,6	76,6	76,6
Femmes	78,4	78,8	79,8
Age médian global	80	81	81
Hommes	76	80	83
Femmes	83	82	79

a. Données provisoires.

Le tableau 11 présente l'âge moyen et médian des bénéficiaires d'un accord. Il n'existe pas de grande différence entre hommes et femmes.

2.4. LES CAUSES DE LA DÉPENDANCE

L'objet de l'assurance dépendance dans la loi du 19 juin 1998, modifiée par la loi du 23 décembre 2005, est de répondre au besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie.

Le législateur a pris l'option de définir la dépendance en liant le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie à une cause médicale : une maladie physique, psychique ou mentale ou une déficience de même nature.

La cause de la dépendance est établie lors de l'évaluation médicale. Il est rare que la dépendance soit liée à un seul diagnostic. Le protocole de l'évaluation prévoit de retenir 5 diagnostics à la base de la dépendance.

Ces diagnostics sont ordonnés selon leur incidence sur le besoin d'aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie. Le médecin-conseil peut, en outre, retenir 5 autres diagnostics qui n'ont pas nécessairement un lien direct avec la dépendance. L'état de santé du demandeur peut ainsi être décrit par 10 diagnostics.

Encadré méthodologique

Les données reprises ici font référence au diagnostic retenu comme la cause principale en relation avec la dépendance.

Les données sont présentées sous deux formes de classification. Dans le premier tableau, les diagnostics sont regroupés selon les chapitres de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Ce tableau permet d'offrir une vision relativement détaillée des différentes causes de la dépendance et permet ultérieurement des comparaisons internationales.

Les autres tableaux font appel à une classification conçue par les médecins de la CEO. Elle permet de mettre davantage en évidence les diagnostics pertinents pour le domaine de la dépendance.

Les tableaux présentés portent sur les bénéficiaires d'aides et de soins de l'assurance dépendance en vie au 31 décembre 2015 (y compris les bénéficiaires de prestations forfaitaires). Ces tableaux ne reprennent pas les personnes qui bénéficient seulement d'aides techniques ou d'adaptations du logement.

2.4.1. Les causes de la dépendance selon la classification CIM 10

Le tableau 12 affiche les causes de dépendance selon la classification CIM 10.

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2015 ^{a b} (en % du total)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre I.			
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0,5%	0,8%	0,7%
Chapitre II.			
Tumeurs	2,7%	2,6%	2,6%
Chapitre III.			
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre IV			
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1,4%	2,2%	1,9%
Chapitre V.			
Troubles mentaux et du comportement	22,3%	20,3%	21,1%
Chapitre VI.			
Maladies du système nerveux	23,3%	15,8%	18,5%

Tableau 12: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et par sexe en 2015 ^{a b} (en % du total) (Suite)

Chapitre de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD10)	Hommes	Femmes	Total
Chapitre VII.			
Maladies de l'œil et de ses annexes	2,9%	2,8%	2,8%
Chapitre VIII.			
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1,2%	0,9%	1,0%
Chapitre IX.			
Maladies de l'appareil circulatoire	8,7%	7,6%	8,0%
Chapitre X.			
Maladies de l'appareil respiratoire	2,2%	1,3%	1,6%
Chapitre XI.			
Maladies de l'appareil digestif	0,5%	0,4%	0,4%
Chapitre XII.			
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0,1%	0,1%	0,1%
Chapitre XIII.			
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	8,3%	20,3%	16,0%
Chapitre XIV.			
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,6%	0,3%	0,4%
Chapitre XV.			
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0,0%	0,0%	0,0%
Chapitre XVI .			
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0,3%	0,1%	0,2%
Chapitre XVII.			
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5,1%	2,4%	3,4%
Chapitre XVIII.			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	8,6%	10,4%	9,7%
Chapitre XIX.			
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	3,6%	4,9%	4,5%
Chapitre XX.			
Causes externes de morbidité et de mortalité	0,2%	0,2%	0,2%
Chapitre XXI.			
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2,1%	1,9%	1,9%
Cause non codée	5,3%	4,7%	4,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

- a. Situation au 31 décembre 2015.
b. Données provisoires.

2.4.2. Les causes de la dépendance selon la classification établie par la CEO

Tableau 13: Classification des causes de la dépendance selon la CEO

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.

Une description plus détaillée de la classification établie par la CEO est reprise dans le tableau 13.

Tableau 14: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale et groupe d'âge en 2015 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	0-19	20-39	40-59	60-69	70-79	80-89	90+	Total
Groupe 1.								
Démences et troubles des fonctions cognitives	0,2%	0,7%	1,1%	5,9%	16,5%	25,7%	25,1%	17,1%
Groupe 2.								
Troubles psychiatriques	26,0%	10,3%	10,0%	13,1%	8,3%	4,2%	3,1%	7,9%
Groupe 3.								
Maladies du système cardio-vasculaire	0,0%	0,2%	2,3%	6,0%	7,8%	9,5%	8,7%	7,1%
Groupe 4.								
Maladies du système nerveux	21,4%	32,9%	33,6%	29,6%	22,6%	12,2%	7,2%	18,4%
Groupe 5								
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	41,1%	34,3%	14,6%	7,1%	2,0%	0,3%	0,2%	6,8%
Groupe 6.								
Maladies du système ostéo-articulaire	1,5%	4,2%	12,3%	17,3%	21,6%	30,4%	39,3%	24,2%
Groupe 7.								
Troubles sensoriels	2,5%	10,1%	8,3%	3,9%	2,9%	3,0%	3,7%	3,9%
Groupe 8.								
Tumeurs malignes	0,8%	0,7%	3,4%	3,5%	3,7%	2,4%	1,5%	2,5%
Groupe 9.								
Autres	2,7%	2,1%	8,4%	8,1%	9,2%	7,4%	7,0%	7,3%
Cause non codée	3,7%	4,5%	6,0%	5,5%	5,4%	4,8%	4,2%	4,9%
Nombre de bénéficiaires	949	574	1 225	1 240	2 355	5 232	1 967	13 542

a. Situation au 31 décembre 2015.

b. Données provisoires.

En se référant à la classification du tableau 13, trois grandes tendances dans les causes de dépendance sont observées :

- les maladies du système ostéo-articulaire ;
- les maladies du système nerveux ;
- les démences et troubles des fonctions cognitives.

Le cumul des effectifs de ces trois groupes représente 59,7% de la population dépendante au 31 décembre 2015, soit près de deux tiers du total des bénéficiaires.

Les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance. Elles concernent près de 24,2% des bénéficiaires. Elles sont suivies par les maladies du système nerveux et par la démence et troubles des fonctions cognitives.

En fonction de l'âge du bénéficiaire, on constate que les malformations congénitales et retards du développement moteur et mental constituent la première cause de dépendance chez les jeunes de moins de 40 ans. Les maladies du système nerveux deviennent ensuite la cause principale jusqu'à l'âge de 80 ans. Les maladies du système ostéo-articulaires, deuxième cause chez les sexagénaires et septuagénaires, prennent la première place au-delà des 80 ans.

Les démences et troubles des fonctions cognitives, peu répandues avant 70 ans sont la cause de dépendance pour plus d'un quart des cas au-delà de l'âge de 80 ans.

Tableau 15: Répartition des bénéficiaires par cause de dépendance principale, sexe et lieu de séjour en 2015 ^{a b} (en % du total)

Classification CEO	Hommes			Femmes		
	Domicile	Etablis- sement	Total	Domicile	Etablis- sement	Total
Groupe 1.						
Démences et troubles des fonctions cognitives	8,3%	31,0%	13,5%	10,2%	33,4%	19,2%
Groupe 2.						
Troubles psychiatriques	10,3%	10,2%	10,3%	6,4%	6,6%	6,5%
Groupe 3.						
Maladies du système cardio-vasculaire	7,4%	7,7%	7,5%	7,4%	6,0%	6,8%
Groupe 4.						
Maladies du système nerveux	27,1%	19,1%	25,2%	16,5%	11,2%	14,4%
Groupe 5.						
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	13,1%	1,6%	10,4%	7,5%	0,5%	4,7%
Groupe 6.						
Maladies du système ostéo-articulaire	13,9%	18,3%	14,9%	30,4%	28,1%	29,5%
Groupe 7.						
Troubles sensoriels	4,9%	1,8%	4,2%	4,8%	2,1%	3,7%
Groupe 8.						
Tumeurs malignes	3,0%	1,1%	2,5%	3,1%	1,5%	2,5%
Groupe 9.						
Autres	6,6%	4,7%	6,2%	8,7%	6,6%	7,9%
Cause non codée	5,5%	4,6%	5,3%	5,1%	4,0%	4,7%
Nombre de bénéficiaires	3 784	1 136	4 920	5 261	3 361	8 622

a. Situation au 31 décembre 2015.
b. Données provisoires.

La cause la plus répandue chez les hommes en 2015 sont des maladies du système nerveux (25,2%) alors que les maladies du système ostéo-articulaire sont la première cause de dépendance chez les femmes (29,5%).

3. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être classées sous sept rubriques :

- les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, dans les trois domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité ;
- l'aide pour les tâches domestiques ;
- les activités de soutien ;
- les conseils ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement.

La première partie de la section porte sur les prestations telles qu'elles sont reprises dans le plan de prise en charge. Ce sont les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation.

La deuxième partie de la section porte sur les prestations auxquelles les personnes protégées peuvent prétendre, sans nécessairement bénéficier d'un plan de prise en charge.

La troisième partie de la section est consacrée aux prestations facturées, c'est-à-dire aux dépenses de l'assurance dépendance pour la couverture de ces prestations.

3.1. LES PRESTATIONS REQUISES RETENUES DANS LES PLANS DE PRISE EN CHARGE

Encadré méthodologique

Les chiffres de la première partie de cette section présentent les prestations requises, c'est-à-dire les prestations auxquelles la personne dépendante peut prétendre en fonction des besoins qui ont été constatés lors de l'évaluation. Il s'agit des prestations nécessaires aux personnes dépendantes, telles qu'elles sont déterminées par la CEO et retenues dans le plan de prise en charge. Il ne s'agit pas des aides et soins qui sont facturés et remboursés par la CNS.

En outre, ces chiffres se basent sur le temps requis non pondéré. Le temps non pondéré d'aides et de soins pour les trois domaines des actes essentiels de la vie, les tâches domestiques et les activités de soutien, présente la durée réelle des prestations accordées au bénéficiaire. Le "requis" rend compte du droit de la personne. On rappellera cependant que la personne a droit à des actes d'aides ou de soins et non à une durée de présence. Le temps permet cependant une mesure objective, susceptible de comparaison, raison pour laquelle il est utilisé pour la présentation du rapport.

Encadré méthodologique

Les différents plafonds fixés dans la loi tiennent compte de pondérations. Dans ce rapport, nous présentons le temps non pondéré. Cette façon de procéder permet de mesurer le temps réel d'aides et de soins accordé aux bénéficiaires de l'assurance dépendance. Pour les actes essentiels de la vie, les pondérations par le coefficient d'intensité n'entrent pas en ligne de compte car tous les aides et soins sont prodigués par un seul professionnel à une personne dépendante.

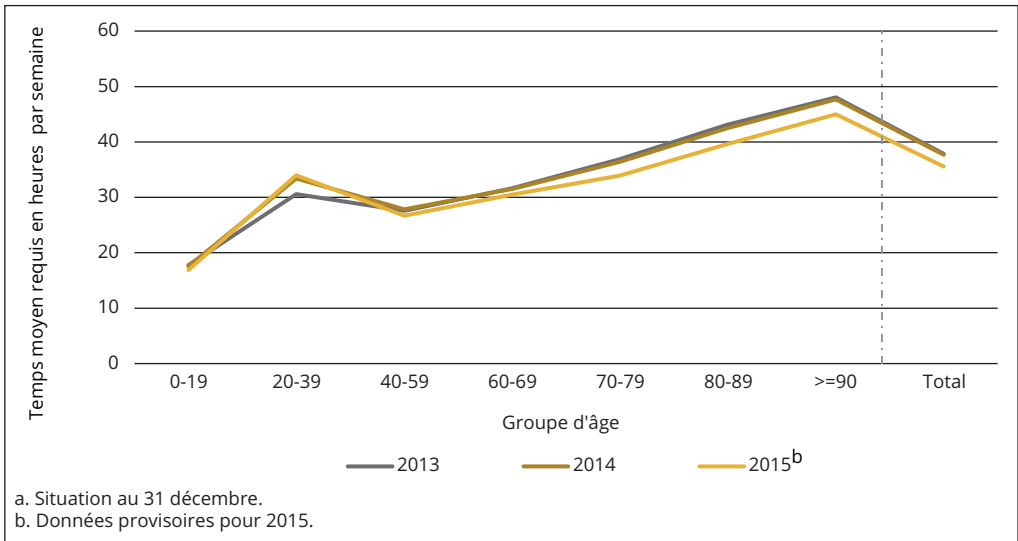
En revanche, ceci s'applique tout particulièrement aux activités de soutien et plus directement aux activités de soutien en groupe. Le coefficient d'intensité appliqué à la durée d'une activité spécialisée en groupe est de 0,25. Il est de 0,125 pour une activité non spécialisée en groupe. A partir du 1er janvier 2007, le plafond pour les activités de soutien a été fixé à 14 heures par semaine. Il est convenu qu'un groupe d'activités spécialisées correspond à quatre personnes et un groupe d'activités de soutien non spécialisées correspond à 8 personnes. Alors que la loi fixe le plafond des activités de soutien à 14 heures, le temps non pondéré passé auprès de la personne peut donc atteindre 112 heures pour les activités de soutien en groupe.

De ce temps requis, les activités de conseil sont exclues car elles constituent une prestation qui ne se répète pas. Elle est retenue sous forme de capital à consommer sur une période déterminée.

3.1.1. Temps total non pondéré requis

Le temps moyen non pondéré requis par semaine diminue par rapport à 2014 et s'élève à 35,6 heures en 2015.

Graphique 2: Temps moyen requis par semaine et groupe d'âge du bénéficiaire ^a



Comme le montre le graphique 2 le temps total moyen requis augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées. Aux âges les plus élevés, les personnes dépendantes bénéficient des temps moyens requis les plus élevés : la moyenne de la classe d'âge des septuagénaires se situe légèrement en dessous de la moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. Pour cette classe, le temps moyen requis représente 33,9 heures. Les nonagénaires bénéficient d'un temps moyen requis équivalant à 45,0 heures par semaine, soit 10,6 heures de plus que la moyenne générale.

Le temps moyen requis pour les femmes est supérieur à la moyenne générale. Il est de 37,2 heures par semaine contre 32,8 heures par semaine pour les hommes.

Le temps moyen requis pour les bénéficiaires accueillis en établissement d'aides et de soins correspond à 54,1 heures par semaine alors qu'il représente 26,4 heures pour les bénéficiaires séjournant à domicile.

Ces différentes observations réclament un examen plus attentif portant sur le détail des différents volets de prestations. Cet examen permettra de localiser plus précisément les différentes sources de variation. La diminution du temps moyen requis est lié notamment à une application plus stricte des critères d'attribution décidés dans le cadre du budget de nouvelle génération (BNG) et peut être observé aussi bien pour les actes essentiels de la vie que pour les activités de soutien. L'impact pour les prestations facturées sera probablement moindre⁵ comme le requis n'est en règle générale pas facturé à 100%.

Tableau 16: Evolution du temps total moyen requis par semaine ^a

Année	En minutes	En heures	Variation en %	Nombre de bénéficiaires
2013	2 271	37,9	1,8%	13 378
2014	2 260	37,7	-0,5%	13 490
2015 ^b	2 135	35,6	-5,6%	13 542

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

En 2015, on constate une diminution de 5,6% du temps total moyen requis par rapport à 2014.

Tableau 17: Répartition des bénéficiaires selon le temps total non pondéré requis par semaine ^a

Classe de temps	2013	En % du total	2014	En % du total	2015 ^b	En % du total
De 3,5 à 13,99 h	4 235	31,7%	4 280	31,7%	4 544	33,6%
De 14 à 23,99 h	1 937	14,5%	1 888	14,0%	1 701	12,6%
De 24 à 33,99 h	736	5,5%	689	5,1%	577	4,3%
De 34 à 43,99 h	1 104	8,3%	1 252	9,3%	1 649	12,2%
De 44 à 63,99 h	2 077	15,5%	2 212	16,4%	2 636	19,5%
>= 64h	3 289	24,6%	3 169	23,5%	2 435	18,0%
TOTAL	13 378	100,0%	13 490	100,0%	13 542	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

5. L'analyse des prestations facturées est limitée dans ce rapport à l'année 2014.

La part des personnes dépendantes ayant droit à plus de 64h temps total requis passe de 23,5% en 2014 à 18,0% en 2015. La part des personnes ayant droit à un temps requis entre 44h et 64h augmente par contre de 3,1%.

3.1.2. Analyse du détail des prestations requises

3.1.2.1. Les prestations pour les actes essentiels de la vie

Les prestations pour les actes essentiels de la vie sont celles que la loi définit comme les aides et soins pour les actes relevant des domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

La durée maximale de l'aide est en principe fixée à 24,5 heures par semaine. En application de la loi du 23 décembre 2005 sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 1er janvier 2007, le plafond pour les actes essentiels de la vie peut être porté de 24,5 heures à 38,5 heures pour des situations d'une gravité exceptionnelle.

De plus, la loi prévoit que des fluctuations imprévisibles dans l'état de dépendance de la personne peuvent justifier la délivrance d'aides et de soins dans le domaine des actes essentiels de la vie en dépassement du plan de prise en charge. Dans ces cas, les prestataires peuvent, sous certaines conditions et dans certaines limites, prêter ces actes sans toutefois dépasser un supplément de 3,5 heures par semaine. Les prestations délivrées dans ce contexte ne peuvent évidemment pas être analysées au titre de prestations requises.

Pour se faire une première idée de l'évolution du temps requis pour les actes essentiels de la vie, on peut examiner, à l'instar de ce qui a été fait pour le temps total non pondéré requis, la répartition des bénéficiaires par classes. Ces classes ont été construites par paliers de 3,5 heures⁶.

Tableau 18: Répartition des bénéficiaires par classe de temps requis pour les actes essentiels de la vie ^a

Classe de temps	2013	En % du total	2014	En % du total	2015 ^b	En % du total
De 3,5 à 6,99 h	4 574	34,2%	4 741	35,1%	5 075	37,5%
De 7 à 10,49 h	2 218	16,6%	2 235	16,6%	2 209	16,3%
De 10,5 à 13,99 h	1 459	10,9%	1 420	10,5%	1 426	10,5%
De 14 à 17,49 h	1 170	8,7%	1 142	8,5%	1 185	8,8%
De 17,5 à 20,99 h	1 135	8,5%	1 137	8,4%	1 139	8,4%
De 21 à 24,49 h	890	6,7%	885	6,6%	849	6,3%
De 24,5 à 38,5 h	1 524	11,4%	1 516	11,2%	1 227	9,1%
Prestation forfaitaire	408	3,0%	414	3,1%	432	3,2%
TOTAL	13 378	100,0%	13 490	100,0%	13 542	100,0%

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Données provisoires.

Dans l'ensemble, une diminution du temps requis pour les actes essentiels de la vie peut être observée. La répartition des bénéficiaires selon les différentes classes de temps n'affiche guère de variations sur les dernières années en ce qui concerne les classes intermédiaires.

6. 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...).

Une augmentation de la part des bénéficiaires dans la classe minimale de 3,5 à 6,99h de 2% est cependant observée en même temps qu'une diminution de 2% dans la classe maximale de 24,5 à 38,5h.

Tableau 19: Evolution du temps moyen requis (TMR) pour les actes essentiels de la vie (AEV) ^a

Année	TMR pour les AEV en minutes	TMR pour les AEV en heures	Nombre de bénéficiaires
2013	746	12,4	13 378
2014	737	12,3	13 490
2015 ^b	700	11,7	13 542

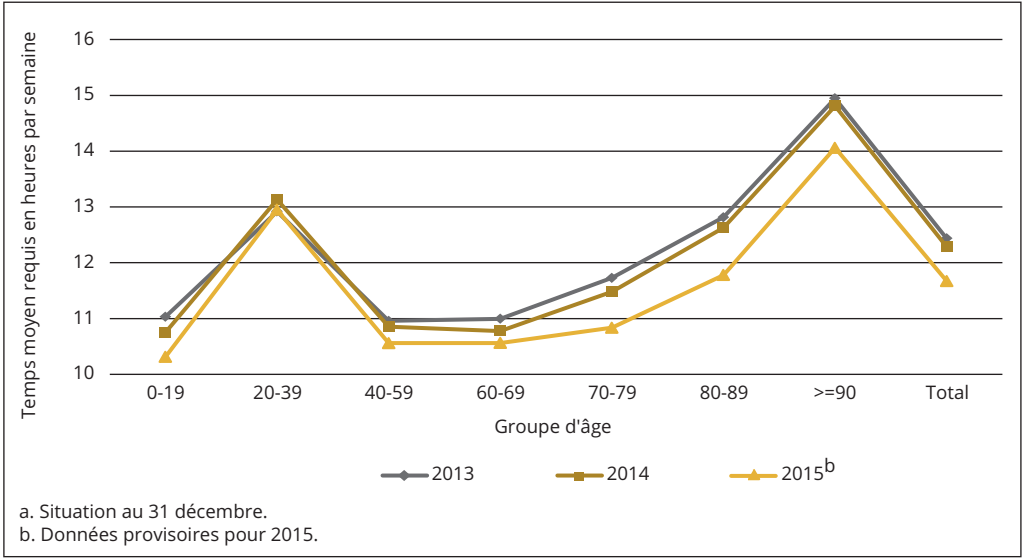
a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

La moyenne du temps requis diminue de 0,6 heure à 11,7 heures en 2015 par rapport à 2014. L'écart entre le temps moyen requis pour les femmes et les hommes s'élève à 11 minutes en 2015.

Le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie des bénéficiaires en établissement affiche une diminution par rapport à 2014 de 0,9 heures pour atteindre 16,0 heures en 2015. Le temps moyen requis pour les bénéficiaires à domicile a diminué de 0,6 heure à 9,5 heures.

Graphique 3: Evolution du temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie par groupe d'âge ^{a b}



A partir de 40 ans, le temps moyen requis pour les actes essentiels de la vie augmente avec l'âge du bénéficiaire, et ceci est vrai pour les trois années considérées.

3.1.2.2. Les tâches domestiques

Pour rappel, 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, à hauteur de 1,5 heure supplémentaire par semaine, est destiné à couvrir des tâches domestiques exceptionnelles liées à l'état de dépendance.

Comme toutes les prestations de l'assurance dépendance, les tâches domestiques sont accordées pour répondre à un besoin spécifique et identifié. Le forfait normal est une prestation accordée à presque tous les bénéficiaires, à l'exception des bénéficiaires de dispositions particulières. Ce forfait est accordé à 96,5% des bénéficiaires d'aides et soins en 2015. Parmi ceux-ci, 1,4% reçoivent le forfait pour tâches domestiques exceptionnelles.

3.1.2.3. Les activités de soutien

Les activités de soutien 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.

Tableau 20: Les activités de soutien dans le cadre de l'assurance dépendance

	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 8 personnes guidées par un soignant)

Les activités de soutien ne sont pas prises en compte pour le calcul du minimum de prestations requises pour bénéficier de l'assurance dépendance. Lorsque le demandeur satisfait à ce minimum, il peut aussi prétendre aux autres prestations de l'assurance dépendance, notamment les activités de soutien et, lorsqu'il se trouve à domicile, les activités de conseil.

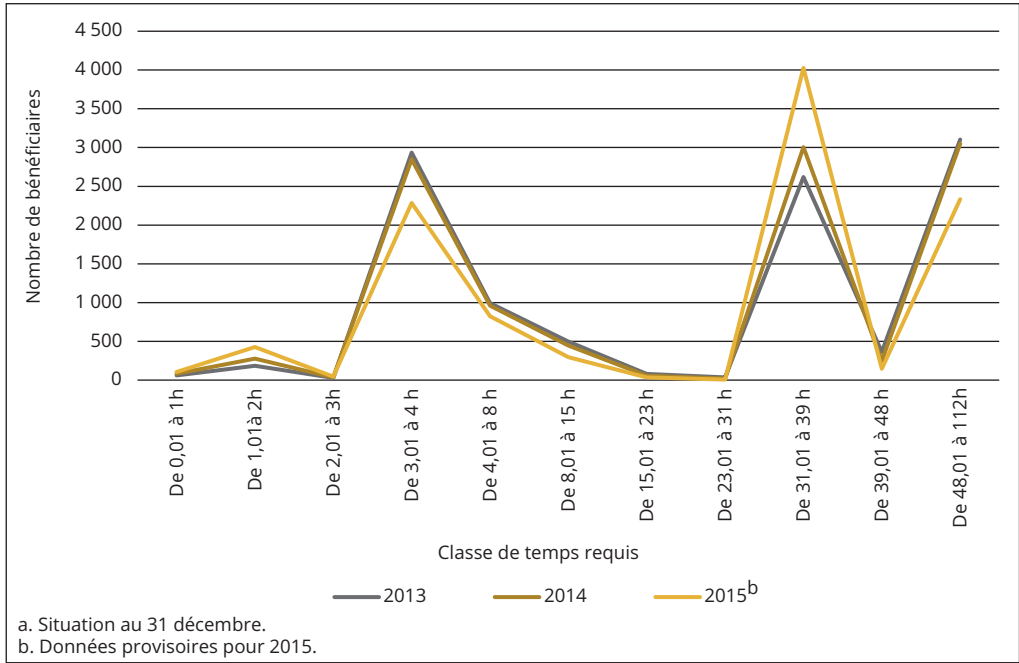
Tableau 21: Evolution des bénéficiaires d'activités de soutien ^a

	2013	2014	2015 ^b
Nombre de bénéficiaires	10 904	11 035	10 536
En % du total des bénéficiaires	81,5%	81,8%	77,8%

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.

L'application plus stricte des critères d'attribution décidée dans le cadre du budget de la nouvelle génération entraîne pour la première fois depuis son introduction en 1999 une diminution du nombre des personnes dépendantes ayant droit à des activités de soutien. Ainsi 77,8% des bénéficiaires reçoivent des activités de soutien en 2015 (niveau le plus bas observé depuis 2009).

Graphique 4: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de soutien par classe de temps requis non pondéré ^{a b}



La classe de temps requis la plus accordée en 2015 est celle de 31,01 à 39 heures, suivi des classes de 48,01 à 112 heures resp. de 3,01 à 4 heures.

Tableau 22: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien ^a

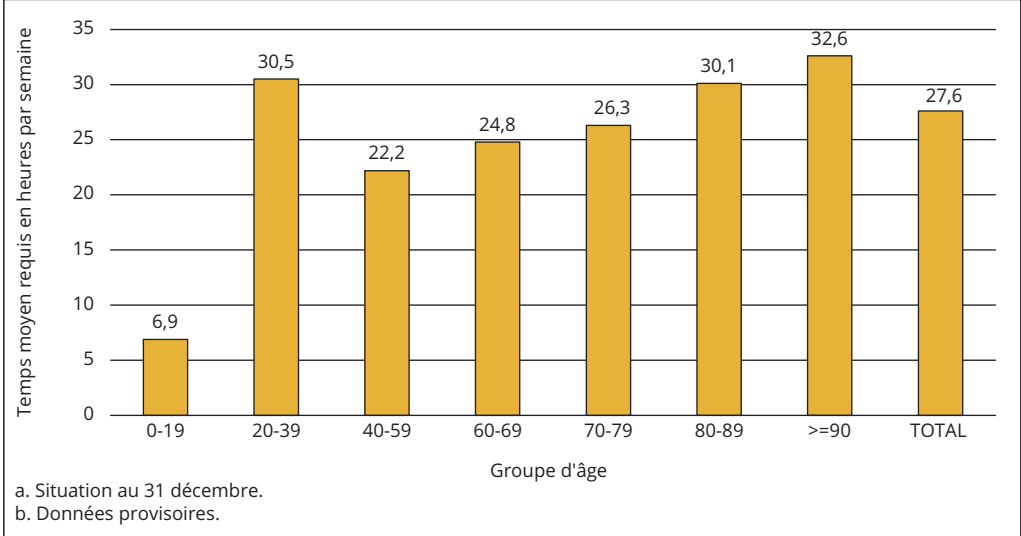
Année	Temps moyen requis en heures par semaine	Nombre de bénéficiaires d'activités de soutien
2011	26,8	9 887
2012	27,6	10 514
2013	28,2	10 904
2014	28,1	11 035
2015 ^b	27,6	10 536

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

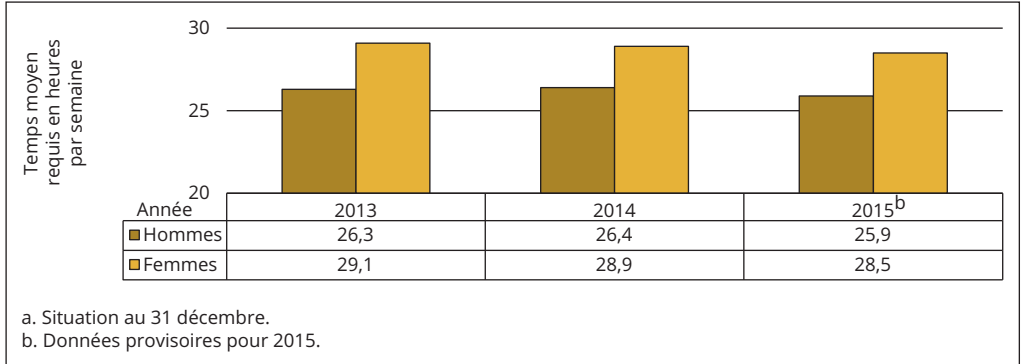
Le temps moyen requis pour les activités de soutien a diminué en 2014 et en 2015 et se situe de nouveau au niveau observé en 2012.

Graphique 5: Répartition du temps moyen requis par groupe d'âge en 2015 ^{a b}



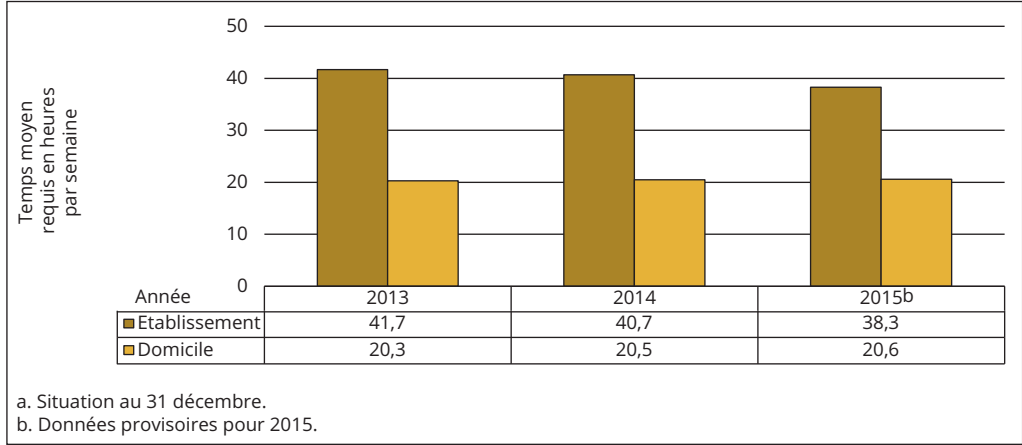
Les temps requis les plus élevés relèvent des classes d'âge élevé (> 80 ans) tout comme pour les 20-39 ans.

Graphique 6: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par sexe ^{a b}



L'écart entre le temps moyen requis pour les activités de soutien en fonction du sexe du bénéficiaire se stabilise à 2,6 heures en faveur des femmes.

Graphique 7: Evolution du temps moyen requis pour les activités de soutien par lieu de séjour ^{a b}



La comparaison selon le lieu de séjour est quant à elle avantageuse aux établissements et ceci de manière tout à fait significative. Si en 2008, l'écart entre les deux formes de séjour ne s'élevait qu'à 10,5 heures, il atteint encore 17,7 heures en 2015 après une différence maximale observée de 21,4 heures en 2013. Une diminution du temps moyen requis de 2,4 heures est observée dans les établissements. A domicile par contre le temps moyen requis reste stable.

3.1.2.4. 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.

265 personnes sont titulaires d'une décision comportant des activités de conseil au 31 décembre 2015.

Tableau 23: Evolution de la répartition des bénéficiaires d'activités de conseil par classe de temps ^a

Classe de temps	2013	En % du total	2014	En % du total	2015 ^b	En % du total
1 h	6	0,1%	8	0,1%	8	0,1%
2 h	22	0,2%	21	0,2%	23	0,3%
4 h	11	0,1%	12	0,1%	7	0,1%
Plus de 4 h	276	3,0%	255	2,8%	227	2,5%
Sous-total	315		296		265	
Aucune prestation de conseil	8 810	96,5%	8 806	96,7%	8 780	97,1%
TOTAL	9 125	100,0%	9 102	100,0%	9 045	100,0%

a. Situation au 31 décembre.
b. Données provisoires.

3.1.2.5. Temps moyen requis et causes de la dépendance

La sous-section 2.4 a permis de présenter les causes de la dépendance des bénéficiaires de l'assurance. Il importe maintenant d'établir un lien entre les différentes causes de la dépendance et le temps moyen requis.

Le tableau 24 présente le temps moyen requis (en heures) pour chaque groupe de prestations de l'assurance dépendance en se référant au classement opéré par les médecins de la CEO.

Tableau 24: Temps moyen requis (en heures) pour les différents types de prestations de l'assurance et cause principale de dépendance en 2015 ^{a b}

Classification CEO	Actes essentiels de la vie	Tâches domestiques	Activités de soutien	Temps total requis
Groupe 1.				
Démences et troubles des fonctions cognitives	14,9	2,5	41,3	57,4
Groupe 2.				
Troubles psychiatriques	10,9	2,5	28,1	37,6
Groupe 3.				
Maladies du système cardio-vasculaire	9,2	2,5	21,1	27,6
Groupe 4.				
Maladies du système nerveux	14,4	2,5	24,4	35,7
Groupe 5.				
Malformations congénitales et retards du développement moteur ou mental	11,0	2,6	24,3	30,1
Groupe 6.				
Maladies du système ostéo-articulaire	10,1	2,5	22,9	29,9
Groupe 7.				
Troubles sensoriels	8,1	2,5	24,3	17,6
Groupe 8.				
Tumeurs malignes	8,6	2,5	17,7	23,0
Groupe 9.				
Autres	10,4	2,5	23,1	30,2
TOTAL	11,7	2,5	27,6	35,6

a. Situation au 31 décembre 2015.

b. Données provisoires.

Le groupe 1 (Démences et troubles des fonctions cognitives) affiche un temps moyen requis total de 57,4 heures, et il est suivi par le groupe 2 (Troubles psychiatriques) avec 37,6 heures par semaine.

3.1.2.6. Le remplacement des prestations en nature par des prestations en espèces

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques peuvent être remplacées par des prestations en espèces si la personne est à domicile⁷.

Dans la procédure d'établissement du plan de prise en charge, la phase de négociation du remplacement des prestations en nature par les prestations en espèces est désignée par le terme de " partage ".

Pour rappel, les prestations de l'assurance dépendance sont un droit de la personne dépendante et les prestations en espèces sont versées à la personne dépendante afin de lui permettre de se procurer les aides et soins auprès d'une personne indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Ce remplacement est cependant limité. Dans tous les cas, il peut s'effectuer jusqu'à concurrence de 7 heures par semaine. Si le droit aux prestations est supérieur à 7 heures par semaine, le remplacement peut porter, en outre, sur la moitié des prestations en nature se situant entre 7 et 14 heures par semaine.

Dans la pratique, cette possibilité de remplacement donne lieu à trois formes d'octroi des prestations ou trois possibilités de partage :

- uniquement des prestations en nature ;
- uniquement des prestations en espèces ;
- une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces.

Tableau 25: Evolution de la répartition des bénéficiaires par type de partage ^a

Année	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
2013	1 564	18,7%	1 083	12,9%	5 719	68,4%	8 366	100,0%
2014	1 563	18,8%	1 017	12,2%	5 747	69,0%	8 327	100,0%
2015 ^b	1 639	19,9%	1 166	14,1%	5 442	66,0%	8 247	100,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires.

Le type de partage le plus retenu est celui des prestations combinées (66%), suivi des prestations en nature (19,9%) et des prestations en espèces (14,1%).

7. Les personnes bénéficiant de prestations en espèces à l'étranger ainsi que les personnes bénéficiant de prestations forfaitaires (personnes atteintes de cécité complète, de réduction grave de la capacité auditive, de troubles graves de la communication et les personnes atteintes de spina bifida) ne sont pas reprises dans les tableaux qui suivent.

Tableau 26: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par groupe d'âge en 2015 ^{a b}

Groupe d'âge	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
0-19	41	2,5%	119	10,2%	543	10,0%	703	8,5%
20-39	129	7,9%	93	8,0%	245	4,5%	467	5,7%
40-59	367	22,4%	213	18,3%	416	7,6%	996	12,1%
60-69	261	15,9%	198	17,0%	510	9,4%	969	11,7%
70-79	259	15,8%	224	19,2%	1 161	21,3%	1 644	19,9%
80-89	452	27,6%	261	22,4%	2 044	37,6%	2 757	33,4%
>=90	130	7,9%	58	5,0%	523	9,6%	711	8,6%
TOTAL	1 639	100,0%	1 166	100,0%	5 442	100,0%	8 247	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2015.

b. Données provisoires.

Indépendamment de la classe d'âge, les prestations combinées sont le type de partage préféré.

Tableau 27: Répartition des bénéficiaires par type de partage et par sexe en 2015 ^{a b}

Sexe	Prestations en nature		Prestations en espèces		Prestations combinées		TOTAL	
	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total	Nombre	En % du total
Hommes	635	38,7%	563	48,3%	2 182	40,1%	3 380	41,0%
Femmes	1 004	61,3%	603	51,7%	3 260	59,9%	4 867	59,0%
TOTAL	1 639	100,0%	1 166	100,0%	5 442	100,0%	8 247	100,0%

a. Situation au 31 décembre 2015.

b. Données provisoires.

Ce constat est également vrai en fonction du sexe.

3.1.2.7. La prise en charge de la cotisation assurance pension pour l'aidant dans le cadre de l'assurance dépendance

L'aidant est la personne qui assure, à domicile, les aides et soins à la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins. Il peut s'agir soit d'un membre de la famille ou un autre proche (aidant informel), soit d'un salarié qui assure les aides et soins avec un contrat de travail en dehors d'un réseau d'aides et de soins (aidant salarié).

Tableau 28: Répartition des aidants informels dont la cotisation assurance pension est prise en charge entre le 1^{er} janvier 1999 et le 31 décembre 2015 par groupe d'âge et sexe

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	En % du total
< 25 ans	7	52	59	1,8%
25-29	14	164	178	5,6%
30-34	21	293	314	9,9%
35-39	37	413	450	14,2%
40-44	46	429	475	15,0%
45-49	65	475	540	17,0%
50-54	67	533	600	18,9%
55-59	45	375	420	13,2%
60-64	11	103	114	3,6%
> 64 ans		21	21	0,7%
Total	313	2 858	3 171	100%

La loi prévoit que la cotisation à l'assurance pension de cette personne puisse être prise en charge par l'assurance dépendance. Le tableau 28 présente la répartition par sexe et groupe d'âge des aidants pour qui cette cotisation est prise en charge. Il est question ici du nombre " net ", ce qui revient à dire que si un aidant a été pris en charge plusieurs fois successivement, il n'est comptabilisé qu'une seule fois. Relevons d'emblée la proportion écrasante de femmes concernées par cette prise en charge, mais aussi l'importante proportion des quadragénaires et quinquagénaires qui représentent près des deux tiers des aidants concernés.

3.2. LES AIDES TECHNIQUES ET LES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Les aides techniques tout comme les adaptations du logement peuvent être octroyées à une personne sans que la personne atteigne le seuil de 3,5 heures pour les actes essentiels de la vie. Toutefois, leur octroi est toujours subordonné à un avis de la CEO.

3.2.1. Les aides techniques

En cas de maintien à domicile, la personne a droit à la prise en charge des aides techniques qui lui permettront de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie. La liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a été déterminée par le règlement grand-ducal du 22 décembre 2006. Le même règlement grand-ducal détermine la liste des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance lorsque le demandeur est hébergé en établissement.

Encadré méthodologique

Les aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition sont pour la plupart supposées être utilisées par la personne jusqu'à la fin de vie de l'aide technique, jusqu'au moment où la personne rapporte l'aide technique au Service Moyens Accessoires (SMA) parce qu'elle ne compte plus l'utiliser ou jusqu'à la mort de la personne. Dans les deux derniers cas le titre sera clôturé et l'aide technique ne sera plus renseignée comme en service auprès de la personne. Dans le premier cas, il n'est pas garanti que dans le cas d'un renouvellement l'ancien titre sera toujours clôturé. Ainsi une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2014 par voie d'acquisition sera comptée sur plusieurs années tandis qu'une aide technique mise à disposition d'une personne en juin 2014 par voie de location ne peut pas se trouver chez une personne au 31.12.2014 (p.ex. en réparation chez SMA) mais le sera de nouveau au 31.12.2015.

Le tableau 29 reprend le Top Ten des aides techniques mises à disposition par la voie d'acquisition qui satisfont aux critères précités au 31 décembre ainsi que toutes les aides techniques mises à disposition par la voie de location au 31 décembre.

Tableau 29: Top Ten des aides techniques selon la norme internationale ISO ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2014			2015		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0912	Aides pour l'hygiène	13 279	0	13 279	15 151	0	15 151
0933	Aides pour se laver, se baigner, se doucher	6 220	2 499	8 719	7 066	2 463	9 529
1206	Aides à la marche manipulées par les deux bras (déambulateurs)	0	7 787	7 787	0	8 171	8 171
1221	Fauteuils roulants	6 938	0	6 938	7 849	0	7 849
1818	Dispositifs de soutien	0	7 324	7 324	0	7 512	7 512
0333	Aides pour la prévention des pressions douloureuses (matériels antiescarres)	962	4 365	5 327	1 098	4 513	5 611
1830	Dispositifs de changement de niveau	3 606	676	4 282	4 056	661	4 717
1812	Lits	26	3 006	3 032	27	3 068	3 095
0906	Aides de protection portées sur le corps	2 231	0	2 231	2 683	0	2 683
1230	Aides pour le transfert	764	1 416	2 180	848	1 474	2 322

- a. Situation au 31 décembre.
- b. Données provisoires pour 2015.

Les aides les plus sollicitées en 2015 sont les aides pour l'hygiène suivi des aides pour se laver, baigner et doucher.

Tableau 30: Les aides techniques selon la norme internationale ISO par rubrique principale ^{a b}

Code ISO	Libellé_ISO	2014			2015		
		En acquisition	En location	TOTAL	En acquisition	En location	TOTAL
0300	Aides pour les traitements et l'entraînement	1 200	4 462	5 662	1 350	4 616	5 966
0900	Aides pour les soins personnels et la protection	23 041	2 521	25 562	26 375	2 485	28 860
1200	Aides pour la mobilité personnelle	3 997	17 855	21 852	4 367	18 587	22 954
1500	Aides pour les activités domestiques	1 727	0	1 727	1 966	0	1 966
1800	Aménagements et adaptations des maisons et autres immeubles	11 667	4 200	15 867	13 143	4 227	17 370
2100	Aides pour la communication, l'information et la signalisation	4 007	20	4 027	4 317	18	4 335
2400	Aides pour manipuler les produits et les biens	2 008	3	2 011	2 192	3	2 195
TOTAL		47 647	29 061	76 708	53 710	29 936	83 646
Variation en %		15,2%	5,8%	11,5%	12,7%	3,0%	9,0%

a. Situation au 31 décembre.

b. Données provisoires pour 2015.

Au 31 décembre 2015, 83 646 aides techniques étaient mises à disposition par l'assurance dépendance, 64,2% sous forme d'acquisition et 35,8% sous forme de location. Le nombre total d'aides techniques mises à disposition a augmenté de 9,0% par rapport à 2014.

Les aides techniques mises le plus fréquemment à disposition sont les aides pour les soins personnels et la protection, parmi lesquelles les aides pour l'hygiène occupent la première place. En second lieu viennent les aides pour la mobilité personnelle. Parmi les aides pour le traitement et l'entraînement, le matériel destiné à prévenir les escarres représente le plus gros poste de dépense. Pour rappel, les troubles du système ostéo-articulaire représentent la première cause de dépendance.

3.2.2. Les adaptations du logement

En cas de maintien à domicile, des adaptations du logement peuvent être prises en charge dans le cadre de l'assurance dépendance, dans la mesure où elles permettent, à l'instar des aides techniques, de maintenir et d'accroître l'autonomie de vie de la personne dépendante.

Depuis le 1er janvier 2007, les personnes peuvent bénéficier des adaptations du logement sans nécessairement présenter le besoin minimum d'aides et de soins pour les actes essentiels de la vie (Art. 349 du CSS).

Tableau 31: Evolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'une adaptation du logement ^{a b}

Année	Nombre	Variation en %
2013	180	-7,2%
2014	206	14,4%
2015 ^c	189	-8,3%

a. Données établies selon la date de prestation.

b. Source : décompte CNS.

c. Données provisoires.

Le tableau 31 présente l'évolution du nombre de titulaires d'une ou plusieurs décisions positives depuis 2013 par la CNS. Il ne s'agit dès lors pas du nombre de demandes, ni du nombre de réalisations pour adaptations du logement présentées ou en cours de traitement durant l'année référencée.

3.3. LES PRESTATIONS FACTURÉES

Encadré méthodologique

Les statistiques sur les prestations dispensées sont basées sur la date de la prestation sans tenir compte de leur liquidation par l'assurance dépendance. Cette méthode s'avère beaucoup plus adéquate pour mesurer l'évolution réelle des prestations dans le temps, qu'une analyse des données comptables. Les fichiers établis sur base de la date des prestations sont des fichiers ouverts. Ils sont alimentés en continu, avec l'inconvénient que l'analyse de ces fichiers en évolution nécessite un certain recul dans le temps pour obtenir des résultats cohérents, raison pour laquelle les extractions sont limitées à l'année 2014. Les données comptables en revanche, figées dès la clôture de l'exercice, permettent certes des analyses cohérentes mais peu conformes à la réalité (en raison notamment des données portant sur les provisions).

Les statistiques publiées dans le présent chapitre se rapportent :

- aux prestataires exerçant au Luxembourg ;
- aux bénéficiaires résidant au Luxembourg et affiliés au régime d'assurance national ;
- aux bénéficiaires résidant en dehors du Luxembourg et affiliés au régime d'assurance national ;
- aux prestations fournies dans le cadre de l'assurance dépendance.

Les prestations de l'assurance dépendance englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, les produits nécessaires aux aides et soins, les aides techniques, et les adaptations du logement. Depuis 2007 elles regroupent également les prestations relatives à des projets d'actions expérimentales (Art. 361 du CSS). Elles peuvent être accordées en nature et, dans certains cas, être converties en espèces.

Le montant des aides et soins opposables à la CNS par les prestataires de l'assurance dépendance est déterminé en multipliant la durée hebdomadaire des aides et soins apportés aux personnes dépendantes, et pondérée en tenant compte de la qualification requise du professionnel qui les prodigue, par les valeurs monétaires négociées chaque année par la CNS et la Confédération des organismes prestataires d'aides et de soins (COPAS).

La loi du 23 décembre 2005 prévoit la négociation d'une valeur monétaire spécifique pour quatre types de prestataires : les réseaux d'aides et de soins, les centres semi-stationnaires, les établissements d'aides et de soins à séjour continu et les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.

La présente section est consacrée à l'étude chronologique de l'ensemble des prestations de soins de l'assurance dépendance.

3.3.1. Aperçu global sur les prestations facturées

Les tableaux et graphiques qui suivent analysent dans un premier temps le coût annuel total des prestations de soins de longue durée prises en charge par l'assurance dépendance pour l'ensemble de la population dépendante. Ensuite, l'analyse se focalise exclusivement sur les bénéficiaires de prestations résidant au Luxembourg.

Tableau 32: Evolution des dépenses pour prestations de l'assurance dépendance depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Année	Montant	Variation en %	Dont résidents	En % du total
2005	291,1	11,9%	285,3	98,0%
2006	312,5	7,4%	306,3	98,0%
2007	321,9	3,0%	315,5	98,0%
2008	351,8	9,3%	344,9	98,1%
2009	383,2	8,9%	376,0	98,1%
2010	415,2	8,4%	408,0	98,3%
2011	455,3	9,7%	447,6	98,3%
2012	496,9	9,1%	489,1	98,4%
2013	531,2	6,9%	523,8	98,6%
2014	559,4	5,3%	552,1	98,7%

Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance en 1999 jusqu'en 2005, la variation annuelle des dépenses pour prestations se situait chaque année au-dessus de 10%. A partir de 2006, la croissance des dépenses ralentit. En 2007, année de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance les dépenses n'augmentent que de 3%. Entre 2008 et 2012, les prestations ont connu des croissances qui se situent entre 8,4% et 9,7%. Un nouveau ralentissement de la croissance est observé en 2013 et 2014 qui s'explique notamment par une faible augmentation du nombre de bénéficiaires. De plus, les différentes valeurs monétaires pour 2013 et 2014 au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1.1.1948 n'ont pas été modifiées par rapport à celles de 2012. Seul l'indice en vigueur a augmenté en 2013 et 2014.

En moyenne annuelle, 98,7% des dépenses sont imputables aux bénéficiaires résidents. Le poste des bénéficiaires non-résidents se révèle plutôt instable. Les variations s'expliquent par des retards dans l'introduction des factures en provenance d'institutions étrangères mais aussi par le petit nombre de bénéficiaires concernés (469 au 31 décembre 2014). Pour ces raisons, les données qui suivent porteront exclusivement sur le coût engendré par la prise en charge des personnes dépendantes résidant au Luxembourg.

Tableau 33: Evolution des prestations par groupe d'âge et lieu de séjour du bénéficiaire ^{a b}
(en millions EUR)

Groupe d'âge	2012		2013		2014	
	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement	Domicile	Etablissement
0-20	9,9	2,0	10,7	1,8	11,5	1,7
20-39	10,2	8,3	10,4	9,2	11,1	9,4
40-59	17,5	20,0	18,0	21,7	18,5	22,1
60-69	20,0	15,1	21,8	16,6	22,9	18,4
70-79	45,5	39,5	46,6	42,6	46,6	44,0
80-89	78,6	132,4	81,8	142,0	85,0	149,1
>=90	21,4	68,7	24,4	76,2	26,8	85,0
TOTAL	203,2	285,9	213,7	310,1	222,4	329,7
Variation en %	9,1%	9,4%	5,2%	8,5%	4,1%	6,3%

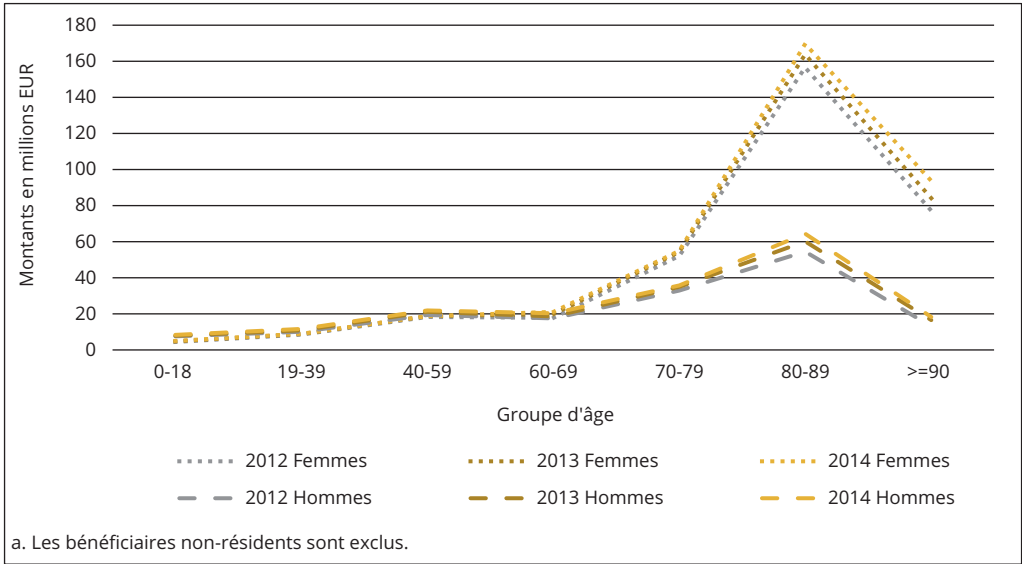
a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

b. Situation au 31 décembre.

L'étude sur le coût des prestations de l'assurance dépendance délivrées au Luxembourg met en évidence un ralentissement de la croissance des dépenses en maintien à domicile mais également en milieu stationnaire. En effet, la variation annuelle des dépenses pour prestations à domicile s'élève en 2012 à 9,1% et en 2014 à 4,1% et en milieu stationnaire, la variation annuelle est de 9,4% en 2012 et de 6,3% en 2014.

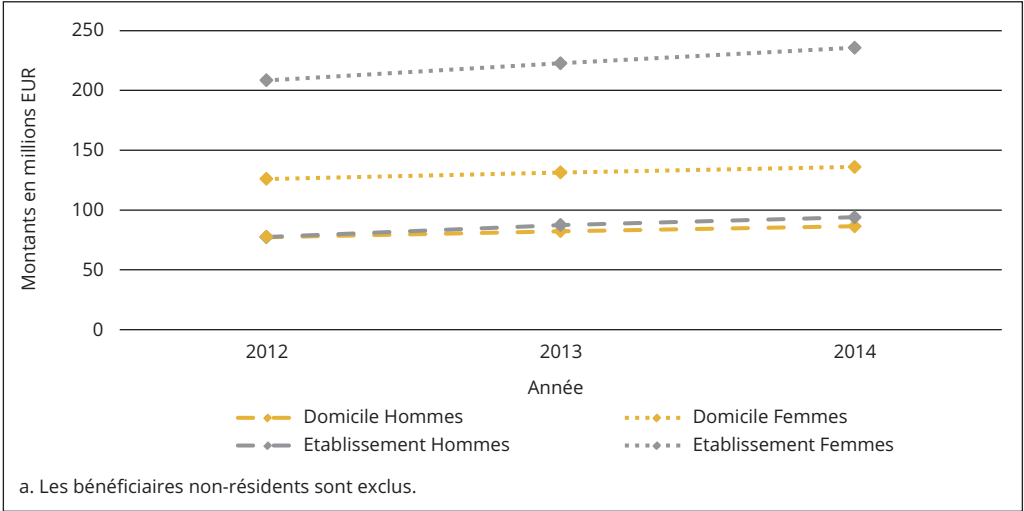
En ventilant les dépenses selon l'âge du bénéficiaire, on constate que le coût le plus élevé se rapporte aux personnes de 70 ans et plus. En 2014, ils représentent 79,1% de l'ensemble des dépenses, 84,3% des dépenses pour les bénéficiaires en établissement et 71,2% pour le domicile.

Graphique 8: Evolution du coût des prestations par groupe d'âge et sexe du bénéficiaire ^a



Le coût des prestations pour les femmes dépendantes est en moyenne 2,1 fois plus élevé que celui pour les hommes. Il est même en moyenne 2,6 fois plus élevé pour les femmes âgées de 80 à 89 ans que pour les hommes du même groupe d'âge. Cette forte différence s'explique, entre autres, par une moyenne d'âge plus élevée chez la population féminine dépendante et par un degré de dépendance plus important, car ce dernier augmente en fonction de l'âge.

Graphique 9: Evolution du coût des prestations par sexe et lieu de séjour du bénéficiaire ^a



L'analyse du coût par lieu de séjour et par sexe pour l'année 2014 conduit aux constats suivants :

- pour les femmes, le coût total des prestations en maintien à domicile est inférieur à celui des prestations en établissement ;
- pour les hommes, le coût total des prestations en maintien à domicile se situe au même niveau que celui des prestations en établissement d'aides et de soins ;
- les dépenses totales pour le maintien à domicile chez les femmes sont supérieures à celles des hommes ;
- les dépenses totales engagées pour les soins prestés dans l'établissement aux femmes dépendantes sont supérieures à celles des hommes dépendants.

3.3.2. Les dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire

La répartition des dépenses entre les différents types de prestataire est montré dans le tableau suivant.

Tableau 34: Evolution des dépenses de l'assurance dépendance par type de prestataire (en millions EUR) ^a

	2012	2013	2014
Etablissement à séjour continu	251,1	272,7	291,1
Etablissement à séjour intermittent	34,2	36,6	37,5
Réseau d'aides et de soins	109,2	118,7	123,1
Centre semi-stationnaire	20,8	21,2	23,0
Fournisseur d'aides techniques y compris SMA	11,1	11,4	12,3
Fournisseur dans le cadre des adaptations du logement	3,2	3,1	3,3
International ^b	0,8	0,3	0,8
Pas de prestataire ^c	66,4	67,2	68,4
TOTAL	496,9	531,2	559,4
<i>Variation en %</i>	<i>9,1%</i>	<i>6,9%</i>	<i>5,3%</i>

- a. Statistiques établies selon la date prestation.
- b. Caisse de maladie étrangères.
- c. Les bénéficiaires des dispositions particulières, des prestations en espèces (y compris les prestations en espèces transférées à l'étranger) ou des produits nécessaires aux aides et soins.

En 2014, le coût total des prestations s'élève à 559,4 millions EUR, ce qui représente une augmentation de 5,3% par rapport à 2013. Quelle que soit l'année considérée, la majorité des dépenses pour prestations est imputable aux établissements d'aides et de soins à séjour continu. Ces dépenses représentent, que ce soit en 2012, 2013 ou 2014, plus de la moitié de l'ensemble des dépenses engagées par l'assurance dépendance pour les prestataires d'aides et de soins.

3.3.3. Les dépenses pour les différents types de prestation

Cette sous-section a pour but de donner un aperçu de l'évolution, à partir de 2012, des dépenses pour les différents types de prestations dans le cadre de l'assurance dépendance.

Tableau 35: Evolution du coût des prestations en nature ^a par type de prestation au Luxembourg ^b (en millions EUR)

Type de prestation	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
MAINTIEN A DOMICILE	203,2	213,7	222,4	5,2%	4,1%
Prestation en nature	126,9	136,6	143,3	7,6%	4,9%
Période transitoire ^c	5,5	4,2	3,7	-22,5%	-11,6%
Prestations en espèces	53,1	54,6	55,9	2,9%	2,3%
Produits nécessaires aux aides et soins	3,6	3,9	4,0	7,1%	4,3%
Aides techniques	11,0	11,3	12,2	3,1%	7,5%
Adaptations de logement	3,1	3,1	3,3	-2,9%	7,9%
ETABLISSEMENT	285,9	310,1	329,7	8,5%	6,3%
Prestation en nature	285,9	310,1	329,7	8,5%	6,3%
TOTAL	489,1	523,8	552,1	7,1%	5,4%

- a. Les prestations en nature englobent les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien et de conseil, qui ont été apportés par un prestataire professionnel.
- b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- c. La période transitoire est la période qui s'écoule entre la date de la demande et la date de la décision. Le poste période transitoire ne reprend toutefois que les prestations en nature payées aux prestataires. Les prestations en espèces sont liquidées au moment de la décision et sont enregistrées sous le poste prestations en espèces.

Le tableau 35 met en évidence la croissance des dépenses en 2014 (+6,3% par rapport à 2013). Le nombre de bénéficiaires entre 2013 et 2014 augmente quant à lui de 0,8% seulement. L'augmentation du nombre de bénéficiaires n'explique donc pas, à elle seule, l'augmentation des dépenses. L'aggravation de l'état de dépendance et l'évolution de la valeur monétaire jouent certainement un rôle dans la hausse des dépenses.

3.3.3.1. Les dépenses pour les prestations en nature

Cette sous-section est consacrée aux dépenses pour les prestations en nature qui se rapportent principalement aux actes essentiels de la vie, tâches domestiques, activités de soutien et de conseil.

Tableau 36: Evolution des dépenses pour les différents types de prestation en nature ^a (en millions EUR)

Type de prestation	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
Actes essentiels de la vie	249,9	269,6	284,0	7,9%	5,3%
Tâches domestiques	30,1	32,1	33,0	6,8%	2,8%
Activités de soutien	132,6	144,9	155,9	9,3%	7,6%
Activités de conseil ^b	0,0	0,0	0,0	-5,9%	11,3%
TOTAL	412,7	446,7	473,0	8,2%	5,9%

- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- b. < 50 000 EUR.

La croissance annuelle en 2014 des actes essentiels de la vie et des tâches domestiques s'élève à 5,3% respectivement 2,8%. Les dépenses pour les activités de soutien affichent une croissance de 7,6% en 2014. La croissance annuelle totale des prestations en nature en 2013 (+8,2%) et en 2014 (+5,9%) se situe en dessous des niveaux des années précédentes (à savoir $\pm 10\%$).

En 2014, les dépenses pour les actes essentiels de la vie représentent 284,0 millions d'EUR, soit 60,1% de l'ensemble des dépenses pour les prestations en nature. Elles sont suivies par les activités de soutien, qui représentent 155,9 millions d'EUR, soit 33,0% de l'ensemble des dépenses. Depuis l'introduction de l'assurance dépendance, la part des dépenses pour activités de soutien parmi l'ensemble des dépenses pour prestations en nature a presque doublé (17,1% en 2000). Les tâches domestiques s'élèvent à 33,0 millions et représentent ainsi 7,0% des prestations en nature. Le coût des activités de conseil est négligeable dans l'ensemble (inférieur à 50 000 EUR).

Tableau 37: Répartition des dépenses pour les prestations en nature en 2014 par groupe d'âge des bénéficiaires ^a (en millions EUR)

Groupe d'âge	Actes essentiels de la vie	En % du total	Tâches domestiques	En % du total	Activités de soutien ^b	En % du total
0-19	1,7	0,6%	0,3	0,8%	3,2	2,1%
20-39	8,1	2,8%	0,8	2,4%	5,6	3,6%
40-59	18,6	6,5%	2,5	7,5%	10,1	6,5%
60-69	18,8	6,6%	2,4	7,4%	11,0	7,1%
70-79	44,6	15,7%	5,5	16,8%	24,9	16,0%
80-89	126,4	44,5%	14,7	44,5%	68,4	43,8%
>= 90	65,9	23,2%	6,8	20,7%	32,7	21,0%
TOTAL	284,0	100,0%	33,0	100,0%	155,9	100,0%

- a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.
- b. < 50 000 EUR.

La part la plus importante des dépenses concerne les personnes des groupes d'âge de 70 ans et plus. Ce sont à la fois les groupes aux effectifs les plus élevés et les groupes présentant les besoins en aides et soins les plus importants.

En 2014, les dépenses pour ces groupes d'âge représentent 83,4% du total des dépenses pour les actes essentiels de la vie, 82,0% des dépenses totales pour les tâches domestiques et 80,8% des dépenses pour les activités de soutien.

Les prestations pour les actes essentiels de la vie et les activités de soutien méritent un examen détaillé, en raison de leur importance dans l'ensemble des dépenses et de la variété des actes qu'elles englobent.

Les actes essentiels de la vie regroupent ainsi le domaine de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la mobilité.

Tableau 38: Evolution des dépenses pour les actes essentiels de la vie par domaine^a
(en millions EUR)

Domaine d'AEV	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
Nutrition	43,0	46,8	49,0	8,7%	4,8%
Mobilité	109,0	117,3	123,0	7,6%	4,9%
Hygiène corporelle	97,9	105,6	112,0	7,9%	6,1%
TOTAL	249,9	269,6	284,0	7,9%	5,3%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Le domaine de la mobilité arrive en tête des dépenses suivi d'assez près par celui de l'hygiène corporelle. Ceci rappelle une fois de plus que la principale cause de dépendance est constituée par les maladies ostéo-articulaires. Les dépenses pour le domaine de la nutrition sont les moins élevées, ne représentant en 2014 que 17,3% de l'ensemble des dépenses. Le besoin d'aide pour la nutrition révèle très souvent un état de perte d'autonomie très grave.

Tableau 39: Evolution des dépenses pour les activités de soutien par type de soutien^a
(en millions EUR)

Type de soutien	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
En groupe	93,9	101,9	110,0	8,6%	7,9%
Activité en groupe non spécialisée	26,1	29,0	32,6	10,9%	12,4%
Activité en groupe spécialisée	67,8	73,0	77,4	7,7%	6,1%
Individuel	38,8	43,0	45,9	10,9%	6,8%
Activité individuelle non spécialisée	32,5	36,1	38,2	11,0%	6,0%
Activité individuelle spécialisée	6,3	6,9	7,7	10,1%	11,2%
TOTAL	132,6	144,9	155,9	9,3%	7,6%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Concernant les dépenses pour les activités de soutien, on relève l'importance des dépenses consenties pour les activités de soutien en groupe. En 2014, ces dépenses représentent 70,6% de l'ensemble des dépenses.

Les activités individuelles non spécialisées (gardes et courses / démarches avec la personne) représentent 24,5% des dépenses de soutien.

3.3.3.2. Les dépenses pour les prestations en espèces et le plan de partage des bénéficiaires à domicile

Conformément à l'art. 354 du CSS, les prestations en nature pour les actes essentiels de la vie et les tâches domestiques prises en charge par l'assurance dépendance peuvent être remplacées par des prestations en espèces, tel que décrit précédemment sous le point 3.1.2.6.

Les prestations en espèces sont destinées à permettre à la personne dépendante de se procurer les aides et soins nécessaires auprès d'une personne de son choix, indépendante d'un réseau d'aides et de soins.

Tableau 40: Répartition des prestations à domicile par type de partage ^{a b} (en millions EUR)

Type de partage	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
Prestations en nature uniquement	29,0	32,7	36,0	12,7%	10,3%
Prestations en espèces uniquement	25,9	26,6	27,1	3,0%	1,6%
Prestations combinées dont	125,1	131,9	136,1	5,4%	3,1%
Prestations en nature	97,9	103,9	107,2	6,1%	3,2%
Prestations en espèces	27,2	28,0	28,8	2,8%	3,0%
TOTAL dont	180,0	191,2	199,2	6,2%	4,1%
Prestations en nature	126,9	136,6	143,3	7,6%	4,9%
Prestations en espèces	53,1	54,6	55,9	2,9%	2,3%

a. Sont considérées les prestations en nature pour aides et soins.

b. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Comme l'analyse du coût des prestations d'aides et de soins l'a montré, les dépenses relatives au milieu stationnaire augmentent de 6,3% en 2014, celles du maintien à domicile de 4,1%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en nature augmente de 10,3% en 2014. Le coût des plans de partage comportant des prestations combinées augmente quant à lui de 3,1%. Le coût des plans de partage ne comportant que des prestations en espèces augmente de 1,6%.

3.3.3.3. Les dépenses pour les autres prestations de l'assurance dépendance

Les autres prestations de l'assurance dépendance couvrent les dépenses pour les prestations forfaitaires en raison de certaines maladies et les dépenses pour les aides techniques.

Tableau 41: Evolution des dépenses pour les bénéficiaires de prestations forfaitaires ^a (en milliers EUR)

Type	2012	2013	2014
Surdité / troubles de la communication	1 099,0	1 127,8	1 165,5
Cécité	1 666,7	1 660,0	1 601,1
Spina bifida	246,6	261,8	298,4
TOTAL	3 012,3	3 049,6	3 064,9

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour prestations forfaitaires sont stable.

Tableau 42: Evolution des dépenses pour les aides techniques ^a (en millions EUR)

Mise à disposition	2012	2013	2014	Variation en %	
				2012/2013	2013/2014
Location	5,1	5,4	5,8	4,5%	7,2%
Acquisition	5,8	5,9	6,4	1,8%	7,8%
TOTAL	11,0	11,3	12,2	3,1%	7,5%

a. Les bénéficiaires non-résidents sont exclus.

Les dépenses pour les aides techniques (location et acquisition) augmentent de 7,5% en 2014.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE

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

- Une contribution dépendance prélevée sur les revenus des personnes assurées.
- Une contribution annuelle de l'Etat.
- Une redevance assurance dépendance du secteur de l'énergie.

Encadré méthodologique

L'analyse ci-après est basée sur les décomptes annuels de l'assurance dépendance. Pour des besoins d'illustration toutefois, elle affiche la situation dite " rectifiée " des recettes et dépenses courantes. Ainsi les provisions pour prestations de l'année non encore déboursées sont réintégrées dans les dépenses courantes, tandis que les dépenses relatives à des prestations des exercices antérieurs, tout comme leur contrepartie au côté des recettes - les reprises de provisions -, ne sont pas considérées. Ce redressement permet de mieux retracer l'évolution effective des prestations en nature et ne modifie pas le solde de l'année et / ou le montant de la réserve.

4.1. LA SITUATION GLOBALE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

Le tableau 43 retrace l'évolution financière de l'assurance dépendance entre 2011 et 2015.

L'exercice 2015 de l'assurance dépendance se caractérise par une hausse annuelle de 1,9% des recettes courantes et une augmentation de 0,2% des dépenses courantes. Avec un excédent de 12,0 millions EUR, le solde des opérations courantes affiche un excédent.

Tableau 43: Evolution des recettes et dépenses de l'assurance dépendance selon le décompte rectifié ^a (en millions EUR)

EXERCICE	2011	2012	2013	2014	2015
RECETTES COURANTES					
Contribution dépendance	294,5	339,8	327,1	344,2	355,9
Contribution forfaitaire Etat	140,0	179,2	221,7	231,8	231,3
Redevance AD du secteur de l'énergie	1,9	1,7	2,1	1,7	1,7
Autres recettes	3,5	1,3	1,8	1,5	1,2
TOTAL DES RECETTES COURANTES	439,9	522,0	552,7	579,2	590,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>4,4%</i>	<i>18,7%</i>	<i>5,9%</i>	<i>4,8%</i>	<i>1,9%</i>
DEPENSES COURANTES					
Frais d'administration	12,8	13,5	15,1	15,9	15,5
Prestations en espèces	6,8	6,0	5,8	5,7	5,4
Prestations en nature	457,5	483,5	522,6	549,7	551,1
dont :					
Prestations à domicile	186,3	193,4	208,5	218,6	215,1
Prestations en milieu stationnaire	263,2	280,8	299,6	321,5	326,9
Prestations à l'étranger	8,1	9,3	14,5	9,5	9,2
Actions expérimentales	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Transferts de cotisations	4,8	5,7	5,9	5,1	6,1
Autres dépenses	0,8	0,5	0,5	0,6	0,1
TOTAL DES DEPENSES COURANTES	482,7	509,2	550,1	577,0	578,2
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>7,5%</i>	<i>5,5%</i>	<i>8,0%</i>	<i>4,9%</i>	<i>0,2%</i>
SOLDE OPERATIONS COURANTES	-42,8	12,8	2,6	2,2	12,0
Dotation / prélèvement fonds de roulement	3,4	2,7	4,1	2,7	0,1
Excédent / découvert de l'exercice	-46,2	10,2	-1,5	-0,5	11,8
SOLDE GLOBAL CUMULÉ	108,8	121,6	124,3	126,5	138,4
<i>Variation annuelle en %</i>	<i>-28,2%</i>	<i>11,8%</i>	<i>2,1%</i>	<i>1,8%</i>	<i>9,5%</i>

a. Le décompte rectifié ne tient pas compte des dotations et prélèvements aux provisions.

L'excédent du solde des opérations courantes de l'exercice 2012 et la situation quasiment équilibrée pour 2013 et 2014 sont en large partie due aux augmentations successives de la contribution étatique. L'excédent de l'exercice 2015 s'explique par les mesures prises dans le cadre du budget de nouvelle génération et par une faible croissance des bénéficiaires de l'assurance dépendance. La dégradation continue de la situation financière de l'assurance dépendance observée depuis 2008 semble freinée.

4.2. LES RECETTES COURANTES

Le financement repose essentiellement sur deux sources : la contribution dépendance et la contribution forfaitaire de l'Etat.

Tableau 44: Evolution du montant total des contributions à l'assurance dépendance

Exercice	Assurés actifs et autres	Assurés pensionnés	Contribution sur le patrimoine	Total	Evolution du taux de contribution
2011	239,6	41,0	13,9	294,5	1,40%
2012	253,8	42,5	43,5	339,8	1,40%
2013	264,1	45,5	14,5	327,1	1,40%
2014	278,3	48,1	17,8	344,2	1,40%
2015	287,2	49,8	18,9	355,9	1,40%

La contribution dépendance a rapporté 355,9 millions EUR en 2015 dont 81% issus des assurés actifs et autres, 14% des assurés pensionnés et 5% de contribution sur le patrimoine.

La croissance nette en 2015 est de 3,4%, et est inférieure à celle observée pour les exercices précédents. Ces exercices étaient cependant tous marqués par des tranches indiciaires, des changements du taux de contribution respectivement le " litige relibi " ⁸.

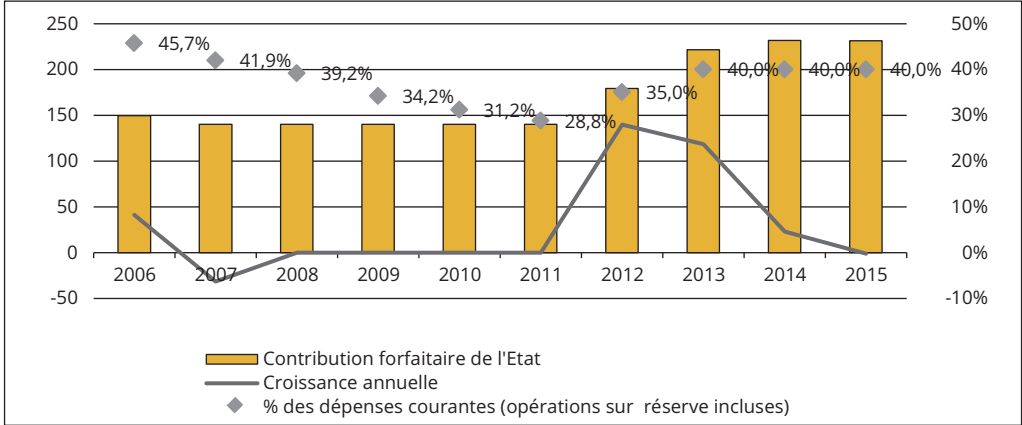
Tableau 45: Evolution de la contribution de l'Etat aux recettes de l'assurance dépendance (en millions EUR)

Exercice	En valeur nominale	Variation annuelle en %	En valeur n.i. 100	Variation annuelle en %
2011	140,0	0,0%	19,3	-1,8%
2012	179,2	28,0%	24,1	24,7%
2013	221,7	23,7%	29,1	20,9%
2014	231,8	4,6%	29,9	2,7%
2015	231,3	-0,2%	29,8	-0,2%

Par la loi du 16 décembre 2011, la contribution forfaitaire de l'Etat est fixée à partir de l'année 2013 à 40% des dépenses totales de l'assurance dépendance, y compris la dotation au fonds de roulement (réserve légale).

8. L'Etat a versé 30 millions EUR en 2012 pour compenser la non-perception de la contribution dépendance sur les revenus d'intérêts soumis à l'imposition retenue à la source libératoire de 10% (dit impôt relibi) entre 2006 et 2012.

Graphique 10: Evolution et taux de croissance de la contribution forfaitaire de l'Etat (en millions EUR)



Pour rappel, entre 2007 et 2011 la contribution forfaitaire de l'Etat était fixée à 140 millions EUR par an. Pour 2012 elle s'élevait à 35% des dépenses totales de l'assurance dépendance, pour 2013 à 40%.

Le produit de la contribution spéciale s'élève pour 2015 à 1,7 million EUR. A noter qu'elle affichait des montants de 3 à 4 millions EUR en début du millénaire.

4.3. LES DÉPENSES COURANTES

Les dépenses courantes augmentent seulement de 0,2% en 2015.

Les frais d'administration s'élèvent à 15,5 millions EUR et représentent 2,7% des dépenses courantes en 2015.

Les prestations en espèces correspondent aux anciennes allocations pour personnes gravement handicapées et aux allocations de soins qui continuent à être payées aux ayants-droit tant que des prestations en nature de l'assurance dépendance ne leurs sont pas accordées. Le volume des prestations en espèces continue à baisser, et s'élève à 5,4 millions EUR en 2015 (0,9% des dépenses courantes).

Les prestations en nature⁹ représentent 95,3% des dépenses courantes. Le montant rectifié des prestations en nature atteint 551,1 millions EUR en 2015. Avec 59% des prestations en nature, soit 326,9 millions EUR, les dépenses en milieu stationnaire occupent la première place devant les prestations à domicile avec 215,1 millions EUR.

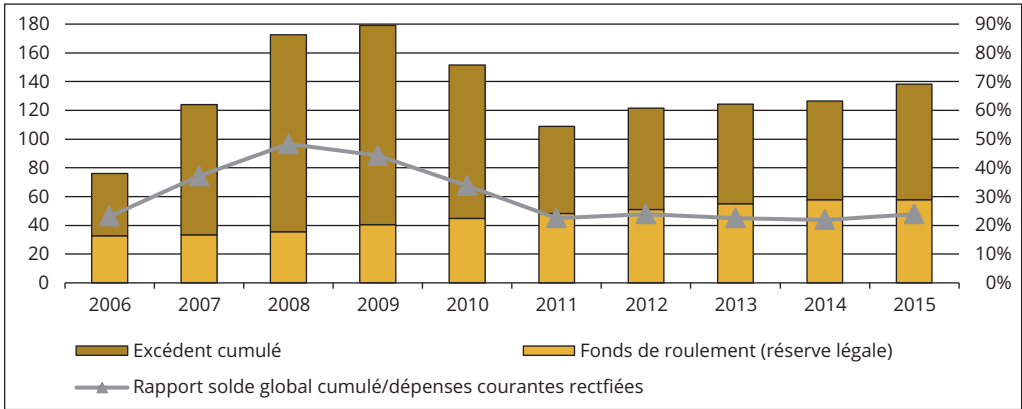
4.4. LA RESERVE DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

La loi prévoit que la réserve de l'assurance dépendance ne doit pas être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes (y compris opérations sur réserve). Les décomptes distinguent ainsi entre le fonds de roulement/réserve légale et l'excédent cumulé/résultats reportés.

9. Aides en soins à domicile et en milieu stationnaire, prestations en espèces subsidiaires, forfaits pour produits d'aides et soins, des aides techniques et adaptations du logement.

Le solde des opérations courantes de 2015 de 12,0 millions EUR fait croître le solde global cumulé de l'assurance dépendance de 9,5%. 0,1 million EUR suffisait pour alimenter le fonds de roulement à son niveau requis.

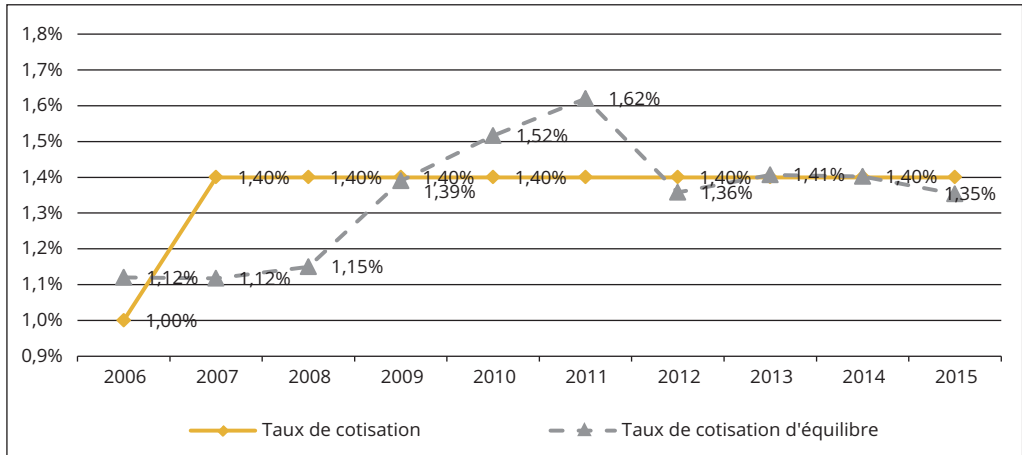
Graphique 11: Evolution du solde global cumulé de l'assurance dépendance (en millions EUR)



Au 31.12.2015, le solde global cumulé s'élève à 138,3 millions EUR dont 57,8 millions EUR, soit 42%, de réserve légale. Le solde global cumulé représente 23,9% des dépenses courantes rectifiées.

Le niveau maximal du solde global cumulé était atteint en 2009 avec 179,1 millions EUR. En seulement deux années, le niveau a fortement baissé (108,8 millions EUR en 2011), depuis il a de nouveau progressé pour atteindre 138,3 millions EUR en 2015.

Graphique 12: Evolution du taux de cotisation d'équilibre



Le taux de contribution d'équilibre pour 2015 est de 1,35%. Il désigne le taux théorique de contribution dépendance qui aurait été nécessaire pour garantir des recettes de l'année suffisantes pour couvrir les dépenses courantes ainsi que l'alimentation de la réserve légale.

L'évolution sur plusieurs exercices montre l'importance de l'augmentation de la contribution étatique en 2012 et 2013 et du versement " litige relibi " sur le niveau des recettes.

