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

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

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

2022

Rapport biennal

(Période 2020-2022)

125, route d'Esch
L-1471 Luxembourg

Adresse postale :
L-2974 Luxembourg

Tél. (+352) 247-86060
Fax (+352) 247-86061

secretariat@ad.etat.lu
www.assurance-dependance.lu

Note aux lecteurs

Afin de faciliter la lecture de ce rapport, certaines abréviations ou dénominations seront utilisées selon la liste ci-dessous.

Abréviations, acronymes :

- Actes essentiels de la Vie = AEV
- Activités d'appui à l'indépendance = AAI
- Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance = AEC
- Caisse nationale de santé = CNS
- Centre intégré pour personnes âgées = CIPA
- Centre semi-stationnaire = CSST
- Code de la sécurité sociale = CSS
- Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins = COPAS
- Data Warehouse = DWH (= base de données décisionnelle de l'AEC)
- Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent = ESI
- Etablissement d'aides et de soins à séjour continu = ESC, correspondant aux CIPA & MDS
- Indice de masse corporelle = IMC
- Inspection du Travail et des Mines = ITM
- Maison de soins = MDS
- Prestations en nature = PN
- Prestations en espèces = PE
- Réseau d'aides et de soins = RAS
- Service Moyens Accessoires = SMA
- Unité qualité et contrôle de l'AEC = UQC

Dénominations

Le « Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge. », sera renseigné comme **le RGD du 13.12.2017 sur la qualité.**

Le « Règlement grand-ducal du 22 décembre 2006 déterminant :

1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ;
2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ;
3. les modalités et limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs sera renseigné comme le RGD du 22.12.2006 sur les aides techniques et adaptations du logement. »

La « Loi du 29 août 2017 portant modification

1. du Code de la sécurité sociale;
2. de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale;
3. de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État. »

et ses amendements repris dans la « Loi du 10 août 2018 modifiant

1. le Code du travail; et
2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien d contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée. »

sont relatifs à la réforme de 2018 sur l'Assurance dépendance. Cette réforme sur l'assurance dépendance, entrée en vigueur au 01.01.2018 et amendée au 01.09.2018, sera renseignée comme **la réforme de 2018** dans l'ensemble du rapport.

Table des matières

Note aux lecteurs 1

Table des matières 2

Table des graphiques 8

Table des tableaux 12

Introduction 15

A. LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS 17

I. INTRODUCTION « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS » 17

II. INDICATEURS QUALITÉ 17

1. Recensement : ESCARRES et CHUTES – Particularité du recueil des données 17

2. Escarres 18
2.1 Méthodologie 18
2.1.1 Fiche technique « Escarres » 18
2.1.2 Méthodes de calcul 18
2.1.3 Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre 20
2.1.4 Escarres liées ou non liées à la prise en charge 20
2.1.5 Données recensées 21
2.1.6 Période de recensement 21
2.2 Résultats généraux 21
2.2.1 Modalités des deux recensements de 2021 21
2.2.1.1 Premier recensement (20.10.2021) 21
2.2.1.2 Deuxième recensement (16.12.2021) 22
2.2.2 Résultats détaillés par type de structure 22
2.3 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS) 25
2.3.1 Résultats 2021 25
2.3.2 Détails et évolution 2020 - 2021 25
2.4 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) 26
2.4.1 Résultats 2021 26
2.5 Détails et évolution 2020- 2021 27
2.6 Résultats spécifiques aux Réseaux d'aides et de soins (RAS) 28
2.6.1 Résultats 2021 28
2.6.2 Détails et évolution 29
2.7 Résultats spécifiques aux établissement à séjour intermittent (ESI) 30
2.7.1 Résultats 2021 30
2.7.2 Détails et évolutions 31
2.8 Autres informations sur l'indicateur « Escarres » : Contrôles de documentation 32
2.9 Quelques références 33
2.10 Futurs recensements 34
2.11 Conclusion partie « Escarres » 34

3. Chutes 35
3.1 Méthodologie 35
3.1.1 Fiche technique « Chutes » 35
3.1.2 Méthodes de calculs 35
3.1.3 Définition de la chute 37
3.1.4 Données recensées 37
3.1.5 Période de recensement 37
3.2 Résultats généraux 38
3.2.1 Modalités des deux recensements de 2020 et 2021 38
3.2.1.1 Recensement de l'année 2020 38

3.2.1.2 Recensement de l'année 2021 38
3.2.2 Amélioration du fonctionnement du recensement 38
3.2.3 Résultats nationaux – tout type de structures 38
3.2.3.1 Prévalence des chutes (tout type de structures) 39
3.2.3.2 Nombre de chutes par personne ayant chuté 40
3.2.3.3 Taux de chuteurs 41
3.2.4 Résultats détaillés des recensements 2020 et 2021 par type de structure 43
3.2.4.1 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS) 43
3.2.4.2 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA) 43
3.2.4.3 Résultats spécifiques aux réseaux d'aides et de soins (RAS) 44
3.2.4.4 Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI) 44
3.2.4.5 Résultats spécifiques aux centres semi-stationnaires (CSST) 45
3.3 Autres informations sur l'indicateur « Chutes »: Contrôles de documentation 45
3.4 Futurs recensements 46
3.5 Conclusion partie « Chutes » 47

4. Indicateur poids – suivi nutritionnel 48
4.1 Introduction « Suivi nutritionnel » 48
4.2 Résultats « Suivi nutritionnel » 49
4.3 Conclusion « Suivi nutritionnel » 52

5. Indicateur douleur 53
5.1 Introduction « Douleur » 53
5.2 Résultats « Douleur » 54
5.3 Conclusion « Douleur » 55

6. Les contrôles de documentation 56
6.1 Organisation des visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats 56
6.2 Résultats des contrôles 57
6.2.1 Données administratives 57
6.2.1.1 Identification de la personne dépendante 58
6.2.1.2 Identification administrative 59
6.2.1.3 Documents administratifs 59
6.2.1.4 Autres informations générales 60
6.2.1.5 Informations sur le début de la prise en charge 61
6.2.1.6 Informations sur les aides techniques 61
6.2.2 Résultats concernant l'état de santé de la personne 62
6.2.2.1 Santé actuelle et antécédents 62
6.2.2.2 Thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles) 64
6.2.2.3 Suivi médical et thérapeutique 65
6.2.2.4 Hospitalisations 66
6.2.2.5 Activités d'appui à l'indépendance 67
6.2.3 La fiche de transfert - résultats des fiches reçues pendant les contrôles de documentation 68
6.2.4 Présence de la semaine-type 70
6.2.5 Format de la documentation 71
6.2.5.1 Résultats 72
6.2.5.2 Conclusion 73
6.3 Conclusion contrôle de documentation 73

III. LA POLITIQUE DE REEVALUATION 75

1. Introduction partie « Politique de réévaluation » 75

2. Données chiffrées 76
2.1 Une augmentation des réévaluations traitées 76
2.2 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge 77
2.2.1 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge à domicile 78
2.2.2 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge en établissement 79

2.3 Type de réévaluations ouvertes 79
2.3.1 Provenance de la demande de réévaluation 80
2.3.2 Type de réévaluations ouvertes par l'AEC 80
2.3.3 Particularité des réévaluations après une demande en admission 81
2.3.4 Particularités des réévaluations chez les enfants 82
2.3.5 Particularités des réévaluations des dossiers pour « dispositions particulières » 83
2.3.6 Particularités des réévaluations ouvertes en raison d'une indisponibilité déclarée de l'aidant 84
2.4 Réévaluer pour identifier tous les aidants 84
2.5 Réévaluer en collaboration avec les prestataires via l'outil mySecu 85

3. Conclusion « Politique de réévaluation » 87

IV. LE SUIVI ET LA CONNAISSANCE DE L'AIDANT 89

1. Introduction partie « Aidant » 89

2. Typologie des aidants 89
2.1 Nombre d'aidants identifiés 90
2.2 Sexe des aidants 91
2.3 Âge des aidants 92
2.4 Corrélation entre le sexe des aidants et la classe d'âge 93
2.5 Niveau de dépendance de la personne dont s'occupe l'aidant 94
2.6 Répartition entre aidant et réseau d'aides et de soins 95
2.6.1 Répartition si niveau de dépendance 1 à 5 95
2.6.2 Répartition si niveau de dépendance de 6 à 10 96
2.6.3 Répartition si niveau de dépendance 11 à 15 97
2.7 Le lien entre l'aidant et la personne dépendante 98
2.8 L'intervention de l'aidant 98
2.8.1 Domaines d'intervention de l'aidant 98
2.8.2 Fréquence d'intervention des aidants 99
2.8.3 Lieu de vie de l'aidant 99
2.8.4 Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant 101
2.9 Disponibilités et occupations de l'aidant 101
2.9.1 Occupation professionnelle 102
2.9.2 Charges familiales 103
2.9.2.1 Les aidants s'occupant d'une autre personne dépendante 103
2.9.2.2 Les aidants s'occupant d'enfants/petits-enfants 105
2.9.3 Existence d'une autre personne aidante 105
2.9.4 Domaines d'intervention de l'autre personne aidante 106
2.9.5 Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante 106
2.10 Suivi de l'aidant lors des réévaluations 107
2.11 Mesures de répit : les gardes 109
2.11.1 Une prestation largement accordée 110
2.11.2 Les types de gardes 110
2.11.3 Spécificité des gardes de nuit 111
2.12 Conclusion liée à la connaissance des aidants 112

3. Le suivi des indisponibilités 112
3.1 Procédure de suivi des indisponibilités 112
3.2 Mise en place plus formalisée de la procédure 113
3.3 Constats 114
3.3.1 Quelques chiffres 114
3.3.1.1 Type d'indisponibilités déclarées 114
3.3.1.2 Réévaluations liées à une indisponibilité 114
3.3.2 Bénéfices de la nouvelle procédure 115

4. L'enquête de satisfaction – partie « aidant » 115

5. Conclusion partie « Aidant » 116

V. CONCLUSION PARTIE « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS » 118

B. LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES 121

I. INTRODUCTION 121

II. LES ENQUÊTES DE SATISFACTION 123

1. Enquête de satisfaction concernant les chaises de douche 123
1.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de la chaise de douche 125
1.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de la chaise de douche et à son utilisation 125
1.3 Conclusions 127

2. Enquête de satisfaction concernant les fauteuils roulants actifs 128
2.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'AEC 129
2.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur du fauteuil roulant actif 130
2.3 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du fauteuil roulant actif et à son utilisation 131
2.4 Conclusions 133

3. Enquête de satisfaction concernant les élévateurs d'escaliers 134
3.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de l'élévateur d'escalier 135
3.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'élévateur d'escalier et à son utilisation 135
3.3 Conclusions 136
3.4 Remarque : Durée de résidence dans un logement équipé d'un élévateur d'escalier 137

4. Enquête de satisfaction concernant les lève-personnes : actions d'amélioration 138
4.1 Modification de la démarche pour la mise à disposition d'un lève-personne 138
4.2 Personnes de référence pour lève-personnes 139
4.3 Création de supports adaptés 139
4.4 Mise en conformité 139
4.5 Conclusions 139

III. DÉLAIS DE LIVRAISON DES AIDES TECHNIQUES FOURNIES PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE 140

1. Délais de livraison 2019-2020 140
1.1 Les délais de livraison du Service Moyens Accessoires (SMA) 2019-2020 140
1.1.1 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 10 jours 141
1.1.2 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 15 jours 142
1.1.3 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 20 jours 144
1.1.4 Aides techniques avec un délai de livraison spécifique prévu pour les modèles hors standards 147
1.1.5 Conclusions concernant les délais de livraison du Service Moyens accessoires (SMA) 2019-2020 148
1.2 Les délais de livraison des autres fournisseurs 2019-2020 148
1.2.1 Respect du délai de livraison indiqué par les autres fournisseurs 150
1.2.2 Absence du délai de livraison 150
1.2.3 Respect du délai de livraison 151
1.2.4 Conclusions concernant les délais de livraison des autres fournisseurs - 2020 152

2. Délais de livraison en 2021 – premiers résultats 152
2.1 Les délais de livraison du Service Moyens Accessoires (SMA) - 2021 152
2.2 Les délais de livraison des autres fournisseurs - 2021 153

3. Conclusion concernant les délais de livraison des aides techniques de 2019 à 2021 154

4. Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé 155
4.1 Historique 155
4.2 Évolution 2020 – 2021 155
4.3 Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés en 2020 155
4.4 Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés en 2021 156
4.4.1 Premier semestre 2021 156
4.4.2 Deuxième semestre 2021 157

5. Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés: comparaison 2020/2021 157
6. Conclusions 158
IV. COLLABORATION AVEC LES FOURNISSEURS D'AIDES TECHNIQUES ET SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS À FOURNIR 159
1. Le Service Moyens Accessoires (SMA) 159
2. Les autres fournisseurs 159
3. Conclusions 161
V. CONCLUSION : SUIVI EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES 162
C. SUIVI EN MATIERE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT 165
I. INTRODUCTION 165
II. SUIVI À COURT TERME : VÉRIFICATION DE L'ADÉQUATION DES ADAPTATIONS RÉALISÉES VS. CAHIER DES CHARGES ÉLABORÉ 167
1. Adaptations du logement analysées 167
2. Les sociétés en charge des travaux 167
3. Le respect de la solution élaborée dans le cahier des charges fonctionnel 168
4. Problèmes rencontrés sur le chantier 169
4.1 Délais pour la mise en œuvre de l'adaptation 170
4.1.1 Délai entre la demande de suivi du chantier par l'AEC et l'organisation de la réunion de démarrage de chantier par l'ADAPTH 170
4.1.2 Délai entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier 170
4.1.3 Délai entre le début effectif du chantier et une première utilisation de l'adaptation 170
4.1.4 Délai entre le début effectif du chantier et la fin du chantier 170
4.1.5 Délai entre la fin de chantier et la réception définitive des travaux 170
4.2 Malfaçons constatées lors de la réception du chantier 171
4.3 Problèmes de facturation 172
4.4 Problèmes relationnels 172
5. Conclusions 172
III. SUIVI À MOYEN TERME : ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ADAPTATION DU LOGEMENT 174
1. Résultats et analyse 174
1.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH 174
1.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux 175
1.3 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement 177
2. Conclusions 178
IV. SUIVI À LONG TERME : LONGÉVITÉ DES INSTALLATIONS 180
1. Longévité et fonctionnalité à long terme des adaptations de salles de bains 180
2. Analyse des différents constituants 181
2.1 Porte de la salle de bains 181
2.2 Douche de plain-pied 181
2.3 Lavabo 183
2.4 WC 184
2.5 Carrelage antidérapant 184
2.6 Autres éléments 185
3. Conclusions 185

V. DURÉE DE RÉSIDENCE DANS UN LOGEMENT ADAPTÉ 187
1. Délai de résidence respecté 187
2. Délai de résidence non respecté 188
2.1 Décès du bénéficiaire 188
2.2 Déménagement ou départ en établissement d'aides et de soins du bénéficiaire 188
2.3 Restitution des frais en lien avec une adaptation du logement 188
3. Conclusions 189
VI. CONCLUSION : SUIVI DE LA QUALITÉ DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT 190
D. CONCLUSION FINALE 192
Remerciements 193

Table des graphiques

Graphique 1 : Taux moyen d'escarres en général, tout type de structures confondues (exclusion : CSST) 23

Graphique 2 : Répartition des escarres par stade, tout type de structures confondues (exclusion : CSST) 24

Graphique 3 : Répartition des escarres par provenance, tout type de structures confondues (exclusion : CSST) 24

Graphique 4 : Répartition des escarres par stade en MDS 25

Graphique 5 : Répartition des escarres par provenance en MDS 26

Graphique 6 : Répartition des escarres par stade en CIPA 27

Graphique 7 : Répartition des escarres par provenance en CIPA 27

Graphique 8 : Répartition des escarres par stade en RAS 29

Graphique 9 : Répartition des escarres par provenance en RAS 29

Graphique 10 : Répartition des escarres par stade en ESI 31

Graphique 11 : Répartition des escarres par provenance en ESI 31

Graphique 12 : Prévalence des chutes par type de structure, tout type de structures confondues 39

Graphique 13 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues 41

Graphique 14 : Taux moyen de chuteurs, tout type de structures confondues 42

Graphique 15 : Niveau de dépendance toutes synthèses transférées 2019-2021 - Différence CIPA-MDS 47

Graphique 16 : Répartition des dossiers contrôlés selon le résultat de la mesure du poids sur les 6 derniers mois parmi tous les prestataires, exprimée en % 50

Graphique 17 : Répartition de la variation pondérale sur les 6 derniers mois, exprimée en %, selon le type de structure, parmi tous les dossiers où une variation ou un poids stable ont pu être identifiés 51

Graphique 18 : Répartition de la cause identifiée si perte de poids, exprimée en %, selon le type de structure 52

Graphique 19 : Proportion premières demandes et réévaluations transférées par l'AEC (2018 à 2021) 77

Graphique 20 : Proportion des dossiers non réévalués depuis le 01.01.2018 77

Graphique 21 : Proportion des dossiers non réévaluations depuis le 01.01.2018 : différence Domicile et Etablissement à séjour continu 78

Graphique 22 : Ancienneté des plans à domicile (0 = 2021, 3 ans = 2018) 79

Graphique 23 : Ancienneté des plans en établissement MDS et CIPA (0 = 2021, 3 ans = 2018) 79

Graphique 24 : Provenance des réévaluations traitées par l'AEC 80

Graphique 25 : Type de réévaluations ouvertes par l'AEC depuis août 2021 81

Graphique 26 : Evolution de la part des réévaluations demandées suite à une admission 82

Graphique 27 : Année de notification des plans actifs de prise en charge chez les enfants à domicile – exclusions = dispositions particulières, les réévaluations en cours et les affiliations absentes 83

Graphique 28 : Evolution de la part des réévaluations ouvertes par l'AEC en raison d'une

indisponibilité de l'aidant parmi tous les réévaluations ouvertes par l'AEC (Aout 2021 – Mars 2022) 84

Graphique 29 : Impact de la politique de réévaluation dans l'identification formelle de l'aidant (cf. selon critères de l'art.350 du CSS) 85

Graphique 30 : Type de traitement des réévaluations (ESC et DOM) 86

Graphique 31 : Type de traitement des réévaluations en ESC 86

Graphique 32 : Part des premières demandes traitées via l'outil mySecu en ESC (période de confinement) 87

Graphique 33 : Nombre d'aidants identifiés (2018-2021) 90

Graphique 34 : Evolution du nombre d'aidants en % des personnes dépendantes vivant à domicile (2018-2021), détermination depuis la réforme 91

Graphique 35 : Répartition moyenne des aidants identifiés par sexe (2018-2021) 91

Graphique 36 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge (2018-2019 et 2020-2021) 92

Graphique 37 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge et par sexe (2018-2021) 93

Graphique 38 : Répartition des aidants par niveau de dépendance – niveaux regroupés (2018-2021) 94

Graphique 39 : Répartition des aidants par niveau de dépendance – tous les niveaux (2018-2021) 94

Graphique 40 : Part des aidants qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins (2018-2021) 95

Graphique 41 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 1-5 (2021) 96

Graphique 42 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 6-10 (2021) 96

Graphique 43 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 11-15 (2021) 97

Graphique 44 : Répartition des aidants selon le lien entre l'aidant et la personne dépendante (2018-2021) 98

Graphique 45 : Part des domaines pris en charge par les aidants (2018-2021) 98

Graphique 46 : Répartition des aidants par fréquence d'intervention (2018-2021) 99

Graphique 47 : Part des aidants vivant dans le même ménage que la personne dépendante (2018-2021) 99

Graphique 48 : Part des aidants motorisés (2018-2021) 100

Graphique 49 : Part des aidants ne vivant pas dans le même ménage que la personne dépendante et étant motorisés (2018-2021) 100

Graphique 50 : Corrélation entre lieu de vie et fréquence d'intervention des aidants (2018-2021) 101

Graphique 51 : Occupation professionnelle des aidants (2018-2021) 102

Graphique 53 : Taux d'emploi de la population active (15-64 ans) parmi les aidants et au Luxembourg (2018-2021) 102

Graphique 53 : Part des aidants s'occupant d'une autre personne dépendante (2018-2021) 103

Graphique 54 : Part des aidants s'occupant d'une autre personne dépendante vivant dans le même ménage que l'autre personne dépendante (2018-2021) 104

Graphique 55 : Part des personnes dépendantes qui occupent le même ménage que l'autre personne dépendante dont s'occupe l'aidant (2018-2021) 104

Graphique 56 : Part des aidants s'occupant d'enfants / petits-enfants à sa charge (2018-2021) 105

Graphique 57 : Part des aidants qui sont soutenus par une autre personne aidante (2018-2021) 105

Graphique 58 : Part des domaines pris en charge par l'autre personne aidante (2018-2019 et 2020-2021) 106

Graphique 59 : Répartition des autres personnes aidantes par fréquence d'intervention (2018-2021) 106

Graphique 60 : Part des réévaluations où l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2020-2021) 107

Graphique 61 : Evolution de l'investissement dans les AEV de l'aidant lorsque celui-ci est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2020-2021) 107

Graphique 62 : Motif explicatif du changement de l'intervention de l'aidant (2020-2021) 108

Graphique 63 : Motif explicatif du changement de l'aidant (2020-2021) 109

Graphique 64 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde en groupe ou d'une garde individuelle parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2018-2021) 110

Graphique 65 : Répartition des gardes proposées aux bénéficiaires à domicile en gardes en groupe et gardes individuelles (2018 à 2021) 111

Graphique 66 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde de nuit parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2018-2021) 111

Graphique 67 : Responsabilité de la commande des chaises de douche 124

Graphique 68 : Perception du délai de mise à disposition 125

Graphique 69 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la facilité d'utilisation de la chaise de douche 126

Graphique 70 : Fréquence d'utilisation de la chaise de douche 126

Graphique 71 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation de la chaise de douche 127

Graphique 72 : Idée précise du modèle de fauteuil roulant actif spécifique souhaité 129

Graphique 73 : Implication du bénéficiaire dans le choix du modèle du fauteuil roulant actif 130

Graphique 74 : Perception du délai de mise à disposition 130

Graphique 75 : Initiation du bénéficiaire par le fournisseur 131

Graphique 76 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manipulation du fauteuil roulant actif 131

Graphique 77 : Fréquence d'utilisation du fauteuil roulant actif 132

Graphique 78 : Convenance du fauteuil roulant actif 132

Graphique 79 : Facilité d'utilisation de l'élévateur d'escalier 135

Graphique 80 : Fréquence d'utilisation de l'élévateur d'escalier 136

Graphique 81 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 10 jours - Comparatif 2019/2020 142

Graphique 82 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 15 jours - Comparatif 2019/2020 143

Graphique 83 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 20 jours - Comparatif 2019/2020 146

Graphique 84 : Délais de livraison spécifiques pour les aides techniques hors standards - Comparatif 2019/2020 147

Graphique 85 : Respect du délai de livraison autres fournisseurs - Comparatif 2019/2020 **150**

Graphique 86 : Comparaison des délais de livraison des autres fournisseurs - Comparatif 2019 à 2021 **154**

Graphique 87 : Comparaison des types d'adaptation réceptionnées 2019-2020 **167**

Graphique 88 : Type de solution choisie pour le choix de la société responsable des travaux **168**

Graphique 89 : Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges **169**

Graphique 90 : Typologie des problèmes sur le chantier **169**

Graphique 91 : Délais (en jours), par étapes, pour la mise en œuvre de la salle de bains **171**

Graphique 92 : Rectification des malfaçons **172**

Graphique 93 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux délais de réalisation par l'entreprise choisie **175**

Graphique 94 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux travaux réalisés par l'entreprise choisie **176**

Graphique 96 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du matériel **176**

Graphique 96 : Facilité d'utilisation de l'adaptation réalisée **177**

Graphique 97 : Fréquence d'utilisation de l'adaptation réalisée **177**

Graphique 98 : Impact de l'adaptation réalisée sur l'autonomie du bénéficiaire **178**

Graphique 99 : Impact de l'adaptation réalisée sur la personne aidante **178**

Table des tableaux

Tableau 1 : Taux moyen d'escarres en général par type de structure 22

Tableau 2 : Résultats détaillés en MDS - Escarres - Recensement 2021 25

Tableau 3 : Résultats détaillés en CIPA - Escarres - Recensement 2021 26

Tableau 4 : Résultats détaillés en RAS - Escarres - Recensement 2021 28

Tableau 5 : Résultats détaillés en ESI - Escarres - Recensement 2021 30

Tableau 6 : Pourcentage de dossiers où une évaluation du risque d'escarres au moins 1 fois/an a été observée 32

Tableau 7 : Prévalence des chutes (Nombre) par type de structure 39

Tableau 8 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues 40

Tableau 9 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues 41

Tableau 10 : Résultats détaillés en MDS - Chutes - Recensements 2020 et 2021 43

Tableau 11 : Résultats détaillés en CIPA - Chutes - Recensements 2020 et 2021 43

Tableau 12 : Résultats détaillés en RAS – Chutes – Recensements 2020 et 2021 44

Tableau 13 : Résultats détaillés en ESI – Chutes – Recensements 2020 et 2021 44

Tableau 14 : Résultats détaillés en CSST – Chutes – Recensements 2020 et 2021 45

Tableau 15 : Pourcentage de dossiers où une évaluation du risque de chute au moins 1 fois/an a été observée 45

Tableau 16 : Pourcentage de dossiers où la documentation informe sur le suivi du poids 49

Tableau 17 : Pourcentage de personnes algiques – Proportion d'utilisation d'échelle pour l'évaluation de la douleur 54

Tableau 18 : Pourcentage de dossiers où une évaluation initiale et un suivi régulier de la douleur ont été observés 55

Tableau 19 : Pourcentage de dossiers où un traitement anti douleur a été mis en place 55

Tableau 20 : Résultats « identification de la personne dépendante », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 58

Tableau 21 : Résultats « identification administrative », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 59

Tableau 22 : Résultats « documents administratifs », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 59

Tableau 23 : Résultats « autres informations générales », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 60

Tableau 24 : Résultats « informations sur le début de la prise en charge », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 61

Tableau 25 : Résultats « informations sur les aides techniques », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 61

Tableau 26 : Résultats « santé actuelle et antécédents », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 62

Tableau 27 : Résultats « thérapies médicamenteuses en cours », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle 64

Tableau 28 : Résultats « suivi médical et thérapeutique », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **65**

Tableau 29 : Résultats « hospitalisations », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **66**

Tableau 30 : Résultats « activités d'appui à l'indépendance », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **67**

Tableau 31 : Résultats « fiche de transfert », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **69**

Tableau 32 : Résultats « semaine type », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **71**

Tableau 33 : Résultats « format de documentation », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle **72**

Tableau 34 : Proportion des types d'indisponibilité signalée **114**

Tableau 35 : Proportion des réévaluations liées à une indisponibilité **114**

Tableau 36 : Type de chaises de douche fournies en 2020 **123**

Tableau 37 : Répartition des besoins en aide en hygiène par intensité **124**

Tableau 38 : Nombre d'élévateurs d'escaliers par société concerné par l'enquête **135**

Tableau 39 : Aides techniques à livrer par le SMA – Tableau comparatif 2019/2020 **140**

Tableau 40 : Top 10 des aides techniques livrées par le SMA – Tableau comparatif 2019/2020 **140**

Tableau 41 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 10 jours **141**

Tableau 42 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 15 jours **142**

Tableau 43 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 20 jours **144**

Tableau 44 : Ecarts par rapport au délai prévu pour les aides techniques livrables sous 20 jours **145**

Tableau 45 : Délais de livraison spécifiques observés pour les aides techniques hors standard **147**

Tableau 46 : Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020 **148**

Tableau 47 : Top 10 des aides techniques livrées par les autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020 **149**

Tableau 48 : Délai de livraison autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020 **149**

Tableau 49 : Top 10 des aides techniques sans indication d'un délai de livraison **150**

Tableau 50 : Respect du délai de livraison pour le Top 10 des aides techniques livrés par les autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020 **151**

Tableau 51 : Respect du délai de livraison, par fournisseur, pour le Top 10 des autres fournisseurs **151**

Tableau 52 : Aides techniques à livrer par le SMA - Tableau comparatif 2019 à 2021 **152**

Tableau 53 : Délais de livraison moyens des aides techniques : Tableau comparatif 2019 à 2021 **152**

Tableau 54 : Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs : Tableau comparatif 2019 à 2021 **153**

Tableau 55 : Délai de livraisons et part du total des livraisons : Tableau comparatif 2020/2021 **153**

Tableau 56 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur, en 2020 **156**

Tableau 57 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur (1er semestre 2021) **156**

Tableau 58 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur (2ième semestre 2021) **157**

Tableau 59 : Evolution des réceptions techniques, par fournisseur, sur 2 années (2020-2021) **157**

Tableau 60 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manière dont l'ADAPTH a traité le dossier **174**

Tableau 61 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux explications reçues par rapport au projet d'aménagement **174**

Tableau 62 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à son implication dans le projet d'aménagement **175**

Tableau 63 : Nombre d'adaptations de salle de bains considérées par année de réception **180**

Tableau 64 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la surface receveur de douche **181**

Tableau 65 : Types de protection de douche par fréquence **182**

Tableau 66 : Types de lavabo par fréquence **183**

Tableau 67 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec respect du délai **187**

Tableau 68 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec décès du bénéficiaire **188**

Tableau 69 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec abandon du logement adapté **188**

Tableau 70 : Demandes de dispense du remboursement en lien avec une adaptation du logement **189**

Introduction

Ce présent rapport a pour objectif de présenter les résultats des contrôles de la qualité des prestations à charge de l'assurance dépendance effectués par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) pour la période 2020-2022.

Il s'agit du deuxième rapport publié par l'AEC.

Le 1er rapport biennal de l'assurance dépendance a été finalisé en 2020 mais sa publication avait été reporté à 2021 à cause de la pandémie. Il se focalisait plus particulièrement sur la présentation des moyens mis en œuvre par l'AEC et les résultats atteints lors de la période 2018-2020. Découpé en plusieurs parties et particulièrement détaillé dans cette première version, il a permis de décrire les actions menées, de continuer le suivi en place mais aussi de co-développer avec différents acteurs clés l'amélioration continue au sein du secteur des soins de longue durée.

Le premier rapport biennal est disponible dans sa version intégrale sur le site de l'AEC https://aec.gouvernement.lu/fr/docetchiffres/rapportbiennalqualite.html

Il a permis d'expliquer les choix, démarches et concepts de suivi de la qualité décidés par l'AEC alors que ce deuxième rapport présente davantage les résultats et leurs évolutions.

Après une première partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins, notamment via les indicateurs de la qualité et la politique de réévaluation, les mesures de suivi de l'aidant, acteur incontournable de la prise en charge, seront mises en avant. Les deux dernières parties du rapport seront consacrées au suivi des aides techniques et aux adaptations du logement.

A. LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS

A. LE SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS

I. INTRODUCTION « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS »

Le contrôle des prestations vise l'adéquation entre les besoins de la personne dépendante arrêtés dans la synthèse de prise en charge et les aides et soins fournis par le prestataire professionnel.

Contrôler si une personne reçoit effectivement toutes les aides, avec leurs standards minimums, ne serait possible qu'en restant aux côtés de la personne dépendante pendant au moins une semaine, du matin au soir. La personne est-elle le plus possible mobile ? Ses déplacements se font-ils en sécurité ? Son alimentation et son hydratation sont-elles adéquates ? Son état cutané reste-t-il intact ? On ne peut pas directement répondre à ces questions sans observation, évaluation, mise en situation, pesées, etc…, ce qui serait inenvisageable pour l'ensemble des bénéficiaires d'aides et de soins.

C'est pourquoi, les indicateurs de qualité tels que définis dans le RGD du 13.12.2017 visent à effectuer des mesures indirectes, afin de s'assurer que le prestataire met en œuvre les moyens adéquats pour une prise en charge de qualité, garantissant la sécurité et l'intégrité de la personne.

Cette partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins se focalisera tout d'abord sur les résultats et constats liés au suivi de quatre indicateurs spécifiques, avec trois indicateurs liés au risque dépendant de la perte d'autonomie ainsi que celui lié au suivi de la douleur. Leurs modalités de suivi diffèrent dans le sens où deux d'entre eux (indicateurs escarres et chutes) sont le fruit d'une collecte de données auprès de tous les prestataires et deux autres (suivi du poids et de la douleur) résultent des observations faites par l'Unité qualité et contrôle (UQC) lors des contrôles de documentation.

L'ensemble des résultats des contrôles de documentation réalisés pendant la période couverte par ce rapport sera ensuite détaillé.

Cette partie du rapport consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins mettra également en évidence l'importance et l'utilisation de la politique de réévaluation avec ses résultats comme outil du suivi de la qualité.

Enfin, les informations à disposition sur l'aidant participeront à sa connaissance pour valoriser son implication et s'assurer de sa juste intervention.

II. INDICATEURS QUALITÉ

1. Recensement : ESCARRES et CHUTES – Particularité du recueil des données

En 2020, L'AEC avait déjà demandé à chaque prestataire des données concernant les indicateurs ESCARRES et CHUTES. Ce recueil de données se faisait via un formulaire standard, qui nécessitait une transcription avant analyse.

Afin d'éviter toute erreur de saisie, en 2021, l'Unité qualité et contrôle de l'AEC, en collaboration avec le Service de la gestion administrative de l'AEC, a mis à disposition de tous les prestataires de l'assurance dépendance (centres intégrés pour personnes âgées - CIPA, maisons de soins - MDS, réseaux d'aides et de soins - RAS, établissements d'aides et de soins à séjour intermittent - ESI, centres semi-stationnaires - CSST) un formulaire web sécurisé avec accès personnel pour chaque prestataire.

Ce formulaire permet une alimentation directe des réponses reçues dans une base de données. L'accès au formulaire se fait via un lien et un code d'accès envoyés par un système automatique d'emails (adresses issues de la base de données des contacts mise à jour par l'UQC). La mise en place de cet outil a nécessité des échanges accrus avec les prestataires pour s'assurer de la bonne utilisation et compréhension de l'outil.

Afin de soutenir les prestataires et d'assurer une réponse coordonnée et rapide à leurs éventuelles questions, l'AEC a mis à disposition une adresse email, utilisée dès lors pour tout échange en relation avec les données demandées : aecindicateurs@ad.etat.lu .

Les questions posées par les prestataires sont parfois purement techniques (génération du code d'accès, correction d'une erreur de saisie après envoi) ou liées aux modalités de suivi des indicateurs sur le terrain et dans la documentation de soins (personnes à exclure des recensements, modalités d'observation, risque de double comptage, etc…).

Les résultats des deux types de recensements ont pu être présentés et discutés au sein des groupes de travail avec présence de la « Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins » (COPAS) et de représentants de différents prestataires. Les noms des personnes participant à ces groupes de travail pourront être retrouvés dans la partie remerciements de ce rapport.

La période pandémique, d'autres recensements de données liées aux infections et à la gestion des cas de COVID-19 chez les prestataires (demandés par d'autres entités publiques), l'organisation et les priorités de soins ont amené l'AEC à décaler les périodes de recensement afin de prendre en compte les impératifs des prestataires dans cette période si compliquée. Cela n'a pas empêché la réalisation des différents recensements sur des périodes cependant plus rapprochées.

2. Escarres

2.1 Méthodologie

2.1.1 Fiche technique « Escarres »

Pour permettre ce recensement, un groupe de travail a mis au point une fiche technique en français et en allemand. Cette fiche technique a été amendée en 2021, afin de clarifier et faciliter des questions de compréhension et d'interprétation qui ont été soulevées lors du premier recensement, mais également grâce au retour d'expérience des participants au groupe de travail.

Cette fiche technique reprend notamment : la définition d'une escarre, la population ciblée par le recensement, etc. Elle est disponible en français et en allemand, sur le site internet de l'AEC, Espace professionnels :

https://aec.gouvernement.lu/fr/espace-professionnels/controle-qualite.html

Cette fiche technique constitue la base pour s'assurer que tous les prestataires suivent et enregistrent les escarres constatées selon des critères communs.

2.1.2 Méthodes de calcul

Taux moyen d'escarres en général

Le taux moyen d'escarres est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total de personnes ayant au moins une escarre le jour du recensement}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres reflète le pourcentage de personnes dépendantes ayant au moins une escarre le jour du recensement parmi toutes les personnes prises en charge le jour du recensement.

Cette prévalence est calculée par type de structure. Pour calculer le taux moyen d'escarres en MDS, le nombre de personnes ayant au moins une escarre le jour du recensement est divisé par le nombre total de personnes prises en charge le jour du recensement. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour toutes les MDS. La moyenne est ensuite calculée parmi toutes les MDS, c.-à-d.

tous les taux sont additionnés et la somme est divisée par le nombre de MDS participant au recensement. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen d'escarres par stade

Le taux moyen d'escarres par stade est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'escarres de stade 1/2/3/4 recensées le jour du recensement}}{\text{Nombre total d'escarres recensées le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres par stade reflète le pourcentage des escarres de stade 1/2/3/4 parmi toutes les escarres recensées le jour du recensement. Il permet d'indiquer donc la répartition des escarres par stade (selon les 4 stades définis cf. chapitre 2.1.3 « Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre », à la page 20).

Ce taux est calculé par stade et par type de structure.

Pour calculer le taux moyen d'escarres par stade et par structure, le nombre d'escarres de stade 1 en MDS recensées par MDS le jour du recensement est divisé par le nombre total d'escarres recensées par MDS le jour du recensement. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour chaque MDS. Ensuite, la moyenne de tous les taux d'escarres de stade 1 des MDS est calculée, sans prendre en compte les MDS où aucune escarre a été recensée le jour du recensement. Ainsi, la somme de tous les taux d'escarres de stade 1 des MDS est divisée par le nombre de MDS ayant recensé des escarres.

Ce calcul est fait pour chaque stade d'escarres et pour tous les types de structure. La somme du taux d'escarres de stade 1, de stade 2, de stade 3 et de stade 4 est donc égale à 100%.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres par stade parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres de stade 1/2/3/4 en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres de stade 1/2/3/4 divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen d'escarres par provenance

Le taux moyen d'escarres par provenance est exprimé en pourcentage. Il est calculé de la façon suivante :

$$\frac{\text{Nombre total d'escarres liées/non liées à la prise en charge recensées le jour du recensement}}{\text{Nombre total d'escarres recensées le jour du recensement}} \times 100$$

Le taux moyen d'escarres par stade reflète le pourcentage des escarres liées et non liées à la prise en charge parmi toutes les escarres recensées le jour du recensement et indique donc la répartition des escarres par provenance (cf. chapitre 2.1.4 « Escarres liées ou non liées à la prise en charge », à la page 20).

Ce taux est calculé par type de structure et par provenance.

Pour calculer le taux moyen d'escarres liées à la prise en charge en MDS, le nombre d'escarres liées à la prise en charge recensées par MDS est divisé par le nombre total d'escarres recensées par MDS. Ce résultat est multiplié par 100.

Ce calcul est fait pour chaque MDS. La moyenne de tous les taux d'escarres liées à la prise en charge

des MDS est calculée, sans prendre en compte les MDS où aucune escarre a été recensée le jour du recensement.

La somme de tous les taux d'escarres liées à la prise en charge des MDS est divisée par le nombre de MDS ayant recensé des escarres. Ce calcul est fait une fois pour les escarres liées à la prise en charge et une fois pour les escarres non liées à la prise en charge.

Ces calculs sont réalisés pour tous les types de structure.

La somme du taux d'escarres liées à la prise en charge et du taux d'escarres non liées à la prise en charge est donc égale à 100%.

Pour déterminer le taux moyen d'escarres par provenance parmi tous les types de structures, la moyenne de tous les taux moyens d'escarres liées/non liées à la prise en charge en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux d'escarres liées/non liées à la prise en charge divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

2.1.3 Définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre

Afin de garantir une homogénéisation du recueil de l'indicateur, les prestataires se basent sur la **définition internationale NPUAP-EPUAP de l'escarre** c.-à-d. *« L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et/ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement. Un certain nombre de facteurs favorisants ou imbriqués dans la survenue d'escarre y sont associés: leur implication doit être encore élucidée*.[1] (Publication 2009 – 2e édition 2014) »

Cette définition s'accompagne de la définition des différents stades de l'escarre :

- Stade I : Erythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine
- Stade II : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène
- Stade III : Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible)
- Stade IV : Perte tissulaire complète (muscle/os visible)

Le détail de ces stades se retrouve dans la fiche technique.

2.1.4 Escarres liées ou non liées à la prise en charge

Le législateur a souhaité faire cette différenciation afin de corroborer des impressions et hypothèses au sein du secteur des soins de longue durée.

L'argument principal était la difficulté liée aux escarres qui se formaient chez leurs bénéficiaires en raison d'une prise en charge extérieure antérieure c'est-à-dire une prise en charge réalisée par un autre type de prestataire, en sortie d'hospitalisation ou en primo-intervention.

Malheureusement, il était impossible de chiffrer, d'argumenter ou de contre-argumenter cette **hypothèse. D'où la volonté, depuis le premier recensement, d'être en mesure d'identifier cette** provenance.

Le groupe de travail a donc précisé et souhaité accompagner les prestataires dans la compréhension et le suivi de cette nuance, qui oblige à s'organiser et à évaluer l'état de la peau à différents moments clés de la prise en charge.

La fiche technique explique dès lors que l'escarre liée à la prise en charge est une escarre qui s'est formée et développée alors que le prestataire prenait déjà en charge la personne. C'est donc une escarre qui est apparue lorsque la prise charge était assurée par le prestataire en charge du recensement.

[1] European Pressure Ulcer Advisory Pannel and National Pressure Ulcer Advisory Pannel. Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Pannel; 2009

Cette définition ne sous-entend pas le fait que l'escarre est causée par le prestataire ou par sa prise en charge. Il convient de lire que l'escarre s'est formée lorsque le prestataire intervient dans les aides et soins de la personne dépendante.

À domicile, si un prestataire détecte une escarre et même si une partie des aides et soins est réalisée par un aidant, il considérera que cette escarre est une escarre liée à la prise en charge.

L'escarre non liée à la prise charge est définie comme celle qui a été acquise avant l'intervention du prestataire soignant la personne au moment du recensement. Il peut s'agir par exemple d'une personne qui était prise en charge par un autre prestataire, dans un autre lieu de vie.

Cela peut aussi être une personne dépendante qui a été hospitalisée et qui est retournée auprès de son prestataire « assurance dépendance » et qui présente, maintenant, à sa sortie d'hospitalisation, une escarre. Cela peut être également une personne dépendante qui sort d'hospitalisation, qui présente une escarre, et pour laquelle le prestataire commence à intervenir.

L'escarre présente lors de la prise en charge, mais qui se serait dégradée après une autre prise en charge, sera toujours à considérer comme une escarre liée à la prise en charge.

Ces différenciations permettent également de faire le lien avec les informations à mettre sur la fiche de transfert telle que définie dans l'article 4, point 5 du « Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017, déterminant le contenu de la documentation de la prise en charge et les indicateurs de qualité de la prise en charge ».

2.1.5 Données recensées

Le prestataire (1 code fournisseur = 1 responsable de recensement) est invité à remplir le formulaire web sécurisé avec accès personnel. Il recense les données suivantes pour la date considérée :

- nombre total des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins le jour du recensement ;
- nombre de personnes présentant au moins une escarre ;
- nombre total d'escarres ;
- les différents stades des escarres ;
- la provenance des escarres.

2.1.6 Période de recensement

Le recensement de la prévalence des escarres se fait sur une journée. Il a eu lieu pour la première fois en janvier 2020. Les résultats ont été présentés dans le premier rapport biennal.

Les résultats présentés dans ce rapport sont ceux du recensement correspondant à la prévalence des escarres pour deux journées en 2021 :

- la journée du 20 octobre 2021 ;
- la journée du 16 décembre 2021.

Les analyses sont complétées de comparaisons avec les résultats du premier recensement et comprennent quelques références à des résultats de suivi dans d'autres pays. Il convient cependant de rappeler que ce type de comparaison est toujours délicat dans le sens où les critères de recensement ne sont pas forcément homogènes et choisis de la même façon d'un pays, voire d'une région à une autre. Ils peuvent exclure ou inclure une population différente de celles ciblées par l'assurance dépendance au Luxembourg.

2.2 Résultats généraux

2.2.1 Modalités des deux recensements de 2021

2.2.1.1 Premier recensement (20.10.2021)

125 prestataires sont à considérer pour le recensement (156 prestataires sollicités).

Délai moyen de réponse = 20,2 jours.

84,8% des prestataires ont respecté le délai de réponse de 7 semaines.

Taux de réponse de 100%.

2.2.1.2 Deuxième recensement (16.12.2021)

125 prestataires sont à considérer pour le recensement (156 prestataires sollicités).

Délai moyen de réponse = 18,8 jours.

95,2% des prestataires ont respecté le délai de réponse de 6 semaines.

Taux de réponse de 100%.

Même si l'UQC a dû solliciter certains prestataires en raison d'un envoi tardif ou d'un oubli d'envoi de leur données, l'ensemble des prestataires sollicités a répondu.

Il conviendra de noter que le nombre de réponses final n'est pas égal au nombre de prestataires sollicités. En effet, une des modalités de recensement contenues dans la fiche technique précise que c'est le prestataire principal qui compile et recense les données. Ainsi, pour certains prestataires, notamment de type « centre semi-stationnaire », la fourniture de données n'était pas pertinente étant donné que les escarres ont été recensées au niveau du réseau d'aides et de soins ou de l'ESI qui prend en charge pour la majorité des aides et soins le bénéficiaire présentant l'escarres. C'est la raison pour laquelle les CSST sont exclus du total des structures dans les tableaux ci-dessous.

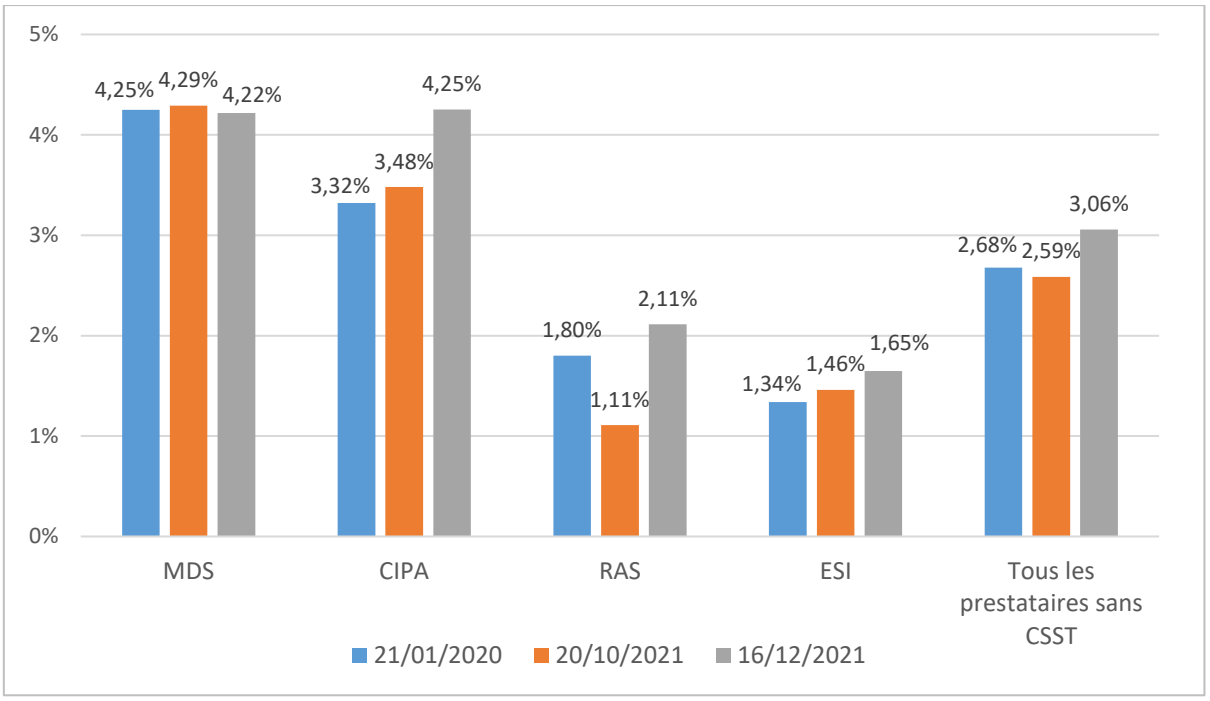
L'UQC a accompagné individuellement ces prestataires afin de s'assurer de la qualité et de la pertinence du recensement et pour éviter qu'une personne présentant une escarre soit recensée 2 fois, pouvant amener à un biais dans la mesure. Des précisons supplémentaires seront apportées pour les recensements futurs afin de garantir et améliorer les données recensées et d'éviter surtout une sollicitation inappropriée de certains prestataires, dès lors que le profil de la « clientèle » et les modalités de fonctionnement, notamment au niveau de la sous-traitance, sont clarifiées.

2.2.2 Résultats détaillés par type de structure

Les données ci-dessous présentent les résultats par type de structure sous deux formes, permettant une visualisation plus aisée des fluctuations.

	21.01.2020	**20.10.2021**	**16.12.2021**
Nombre de prestataires considérés	110	125	125
Taux moyen d'escarres MDS	4,25%	4,29%	4,22%
Taux moyen d'escarres CIPA	3,32%	3,48%	4,25%
Taux moyen d'escarres RAS	1,80%	1,11%	2,11%
Taux moyen d'escarres ESI	1,34%	1,46%	1,65%
Taux moyen d'escarres, tout type de structures (exclusion : CSST)	**2,68%**	**2,59%**	**3,06%**

Tableau 1 : Taux moyen d'escarres en général par type de structure



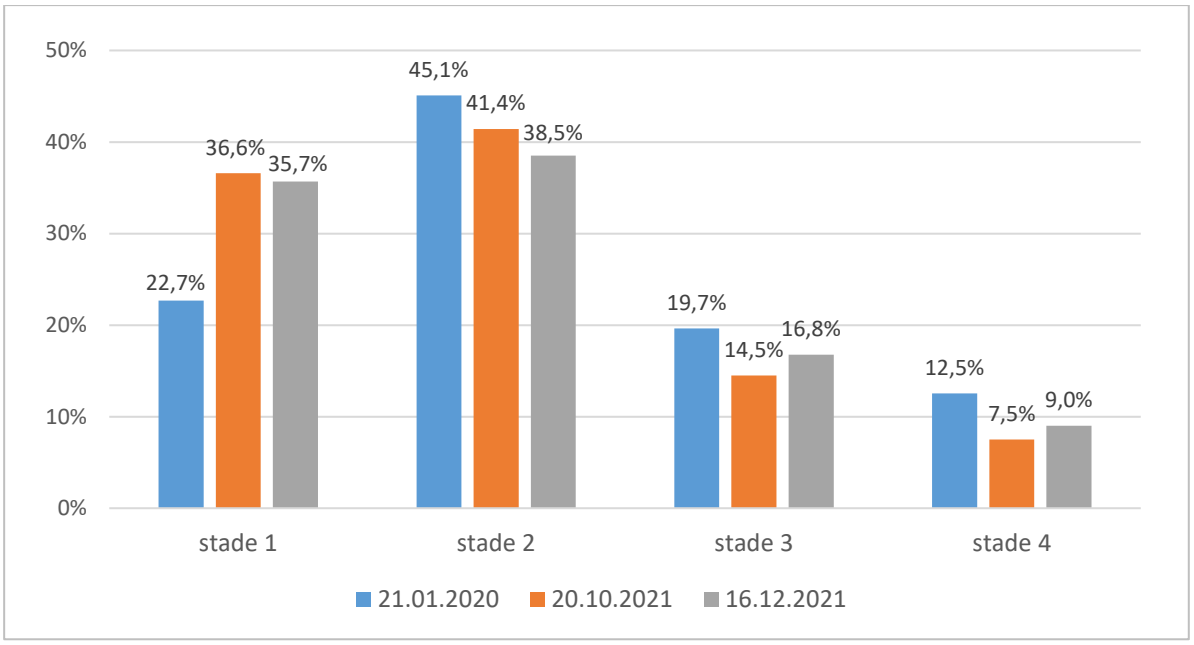
Graphique 1 : Taux moyen d'escarres en général, tout type de structures confondues (exclusion : CSST)

En établissement à séjour continu, la prévalence des escarres est quasi équivalente (4,22%) pour les MDS et pour les CIPA (4,25%) : si une augmentation est observée dans les CIPA, la prévalence en MDS est stable lors des trois derniers recensements.

Au niveau du secteur à domicile, la prévalence au sein des réseaux d'aides et de soins entre le premier et le deuxième recensement a quasi doublé entre le mois d'octobre et le mois de décembre 2021 passant de 1,1% à 2,11%.

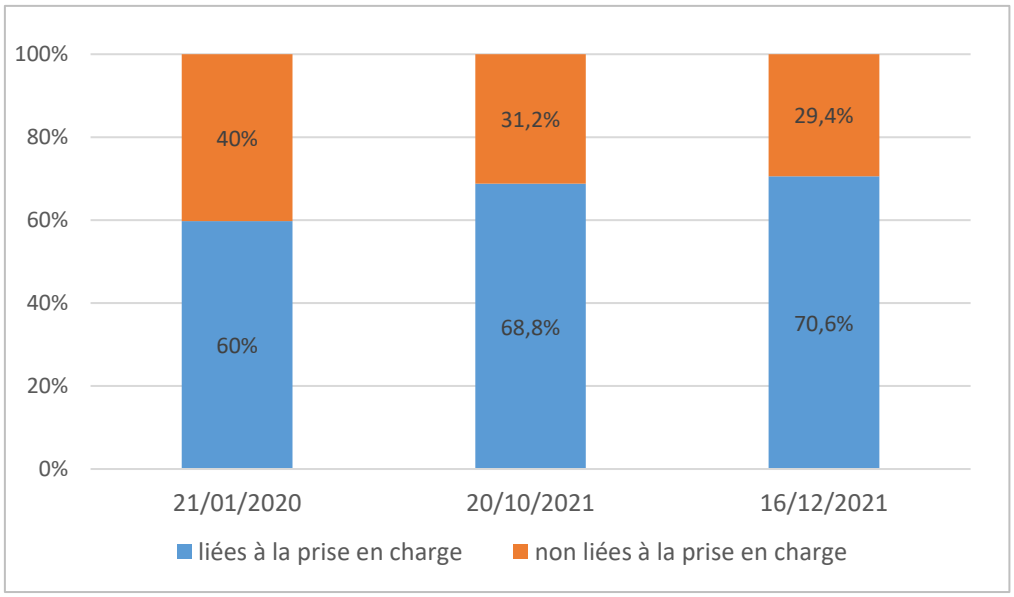
Le développement des escarres étant multifactoriel, il est difficile de savoir quelles pourraient être les causes de cette augmentation. On pourra cependant noter que la dénutrition peut être un de ces facteurs, avec à domicile, un suivi nutritionnel plus aléatoire et une population qui a moins fréquenté les foyers par exemple, et peut-être été un peu mois mobilisée en conséquence pendant les périodes de confinement et de restrictions sanitaires. Seule la multiplication des recensements permettra d'affiner certaines hypothèses

Au sein des ESI, les prévalences augmentent légèrement, respectivement de 0,1% à 0,2% entre chaque recensement.



Graphique 2 : Répartition des escarres par stade, tout type de structures confondues (exclusion : CSST)

Comme pour le recensement effectué en 2020, le stade 2 des escarres est le plus représenté en 2021 parmi toutes les structures. La majorité des escarres observées (> 70%) est constituée d'escarres de type 1 et 2.



Graphique 3 : Répartition des escarres par provenance, tout type de structures confondues (exclusion : CSST)

Contrairement aux hypothèses émises, les escarres se développent davantage lorsque que le prestataire intervient déjà. C'est le cas lors des trois recensements ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit là d'une tendance confirmée dans le secteur.

2.3 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)

2.3.1 Résultats 2021

RECENSEMENT 2021 – MDS

20 / 20 Réponses	**20.10.2021**	**16.12.2021**
Nombre total de personnes prises en charge	1.964	1.983
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	84	83
Nombre total d'escarres recensées	100	102

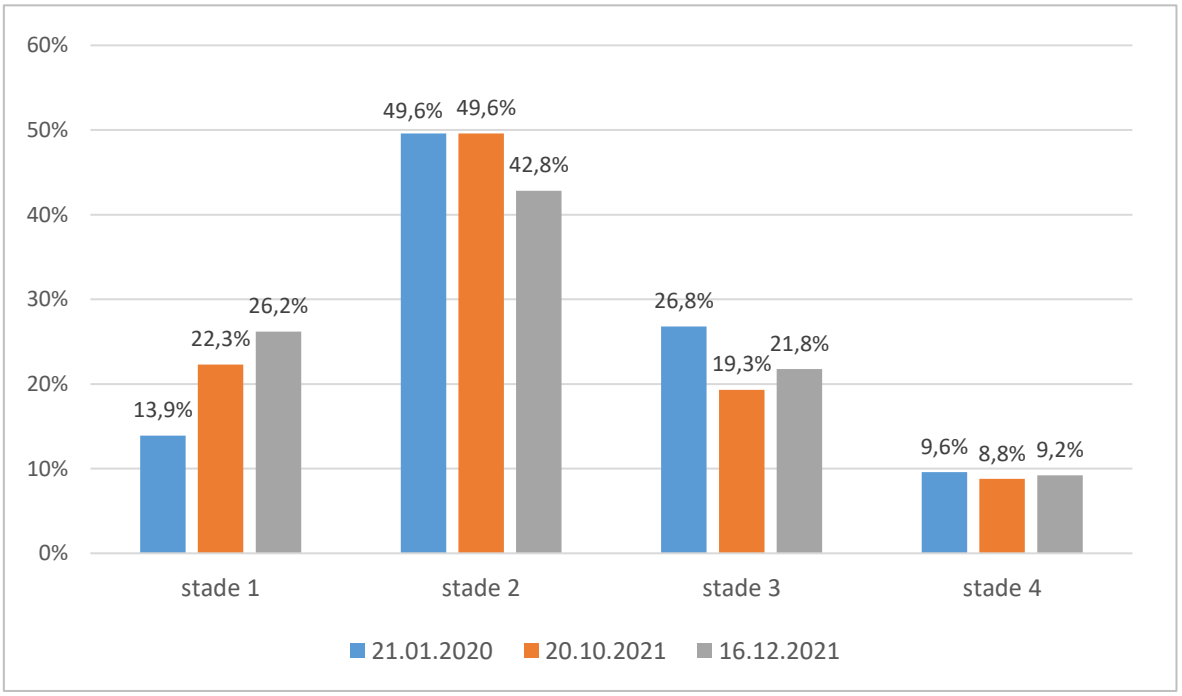
Taux moyen d'escarres MDS	**4,29%**	**4,22%**

Taux moyen d'escarres stade 1	22,3%	26,2%
Taux moyen d'escarres stade 2	49,6%	42,8%
Taux moyen d'escarres stade 3	19,3%	21,8%
Taux moyen d'escarres stade 4	8,8%	9,2%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	66%	75%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	34%	25%

Tableau 2 : Résultats détaillés en MDS - Escarres - Recensement 2021

2.3.2 Détails et évolution 2020 - 2021

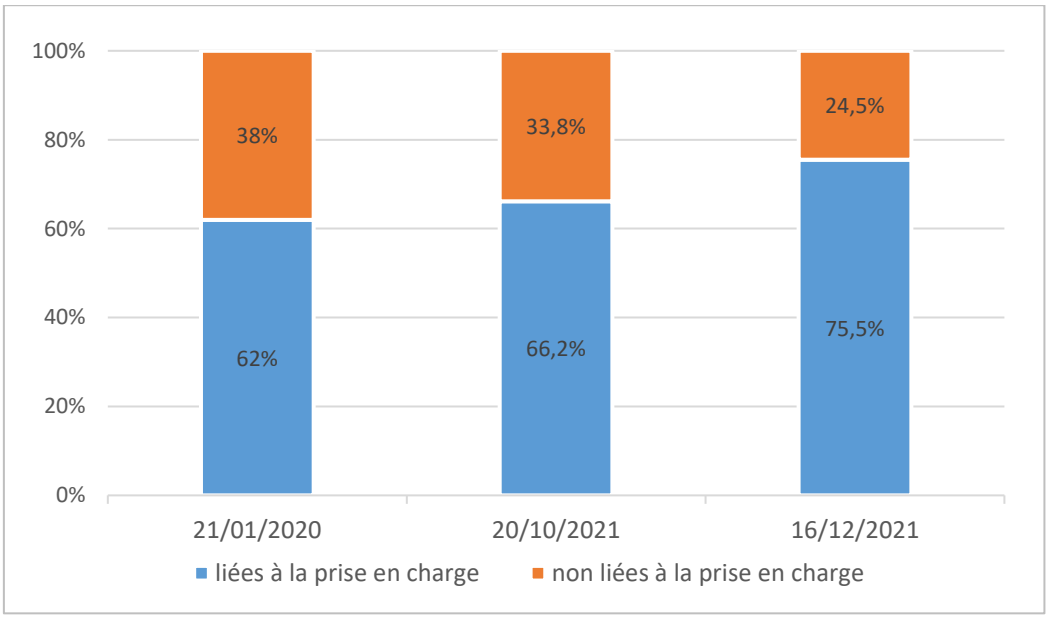


Graphique 4 : Répartition des escarres par stade en MDS

La différence notable entre le premier et le troisième recensement est l'augmentation d'escarres de type 1. Il est difficile de dire si cette augmentation est due à une incidence plus élevée ou si, en raison des actions de sensibilisation, les soignants détectent plus précocement le premier stade de l'escarre.

De nombreux prestataires ont soutenu et accompagné les soignants autour de cette thématique des escarres, aussi l'hypothèse d'une meilleure identification, classification et suivi peut valablement être retenue.

Plus une escarre est repérée tôt, plus tôt des actions peuvent être mises en œuvre afin d'éviter un développement plus important de l'escarre.



Graphique 5 : Répartition des escarres par provenance en MDS

2.4 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

2.4.1 Résultats 2021

RESULTATS RECENSEMENT 2021 – CIPA

32 / 32 Réponses	**20.10.2021**	**16.12.2021**
Nombre total de personnes prises en charge	3.073	2.976
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	101	109
Nombre total d'escarres recensées	114	128

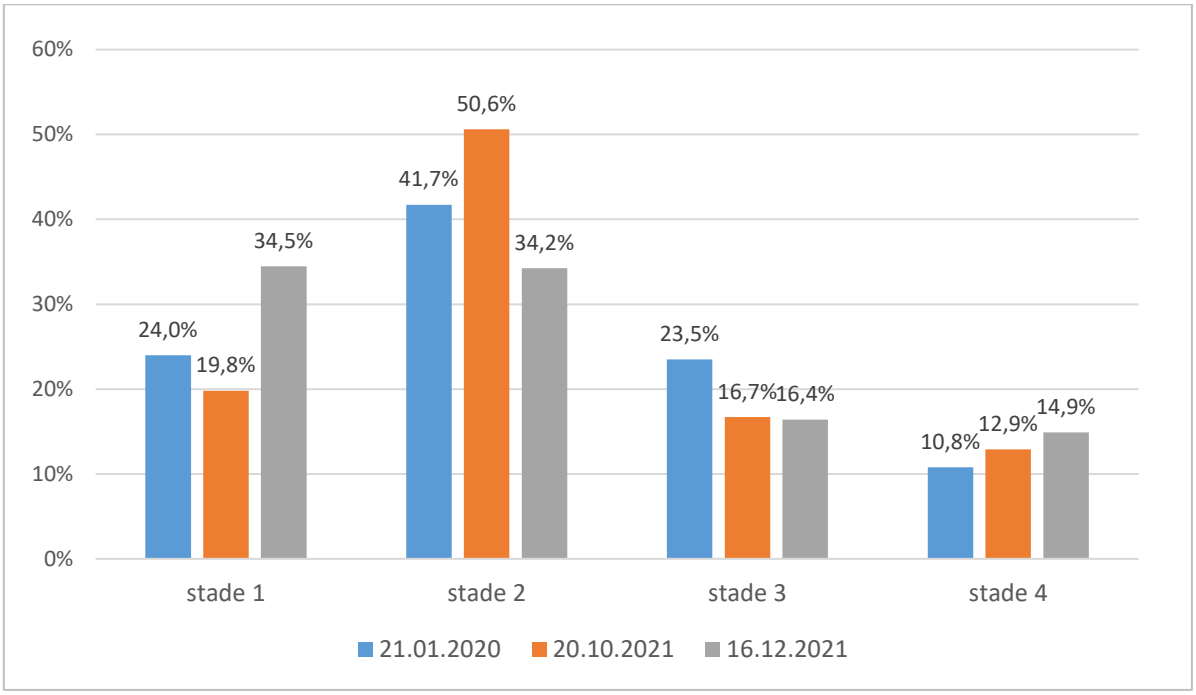
Taux moyen d'escarres CIPA	**3,48%**	**4,25%**

Taux moyen d'escarres stade 1	19,8%	34,5%
Taux moyen d'escarres stade 2	50,6%	34,2%
Taux moyen d'escarres stade 3	16,7%	16,4%
Taux moyen d'escarres stade 4	12,9%	14,9%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	69%	66%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	31%	34%

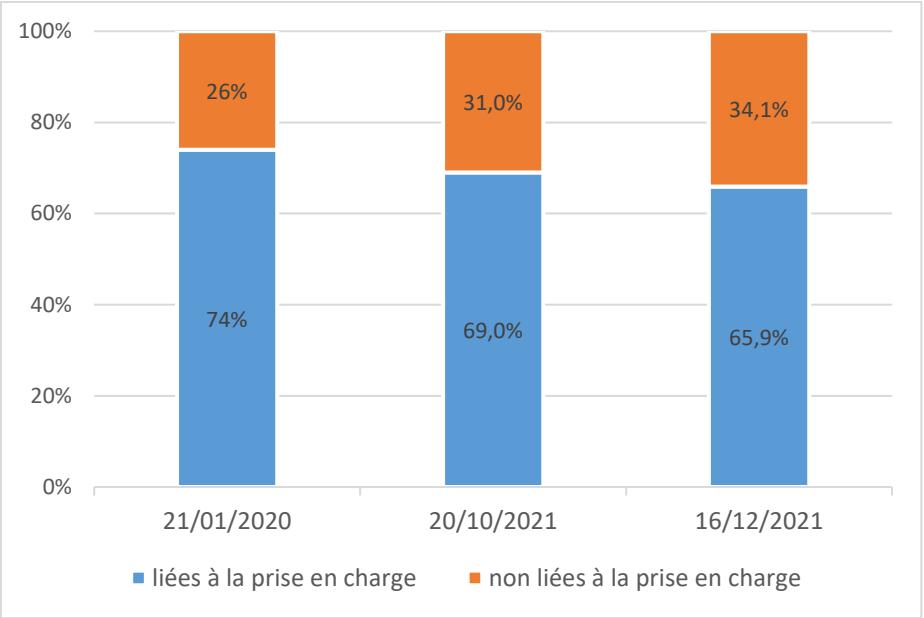
Tableau 3 : Résultats détaillés en CIPA - Escarres - Recensement 2021

2.5 Détails et évolution 2020- 2021



Graphique 6 : Répartition des escarres par stade en CIPA

De même qu'en maisons de soins, le deuxième recensement de 2021 montre une augmentation des escarres de stade 1.



Graphique 7 : Répartition des escarres par provenance en CIPA

En 2021, le taux d'escarres liées à la prise en charge a augmenté pour toutes les types de structures, sauf pour les CIPA.

2.6 Résultats spécifiques aux Réseaux d'aides et de soins (RAS)

Il est à noter que les données pour ce secteur sont complètes pour la prévalence générale. Cependant, pour le détail par stade et par provenance, un seul prestataire qui comptabilise les escarres le jour du recensement n'arrive pas encore à fournir des données complètes en termes de stades des escarres et/ou provenance. Ses données sont donc prises en compte pour la prévalence au sein des RAS, mais les données par stade et par provenance se basent sur les résultats de 20 RAS et non 21.

Un rappel à la direction de ce prestataire est fait afin qu'il se conforme aux obligations du RGD de façon complète et qu'il fournisse toutes les données demandées par l'AEC pour les prochains recensements.

2.6.1 Résultats 2021

RESULTATS RECENSEMENT 2021 – RAS

21 / 21 Réponses	**20.10.2021**	**16.12.2021**
Nombre total de personnes prises en charge	5.998	6.096
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	156	167
Nombre total d'escarres recensées	214	247

Taux moyen d'escarres RAS	**1,11%**	**2,11%**

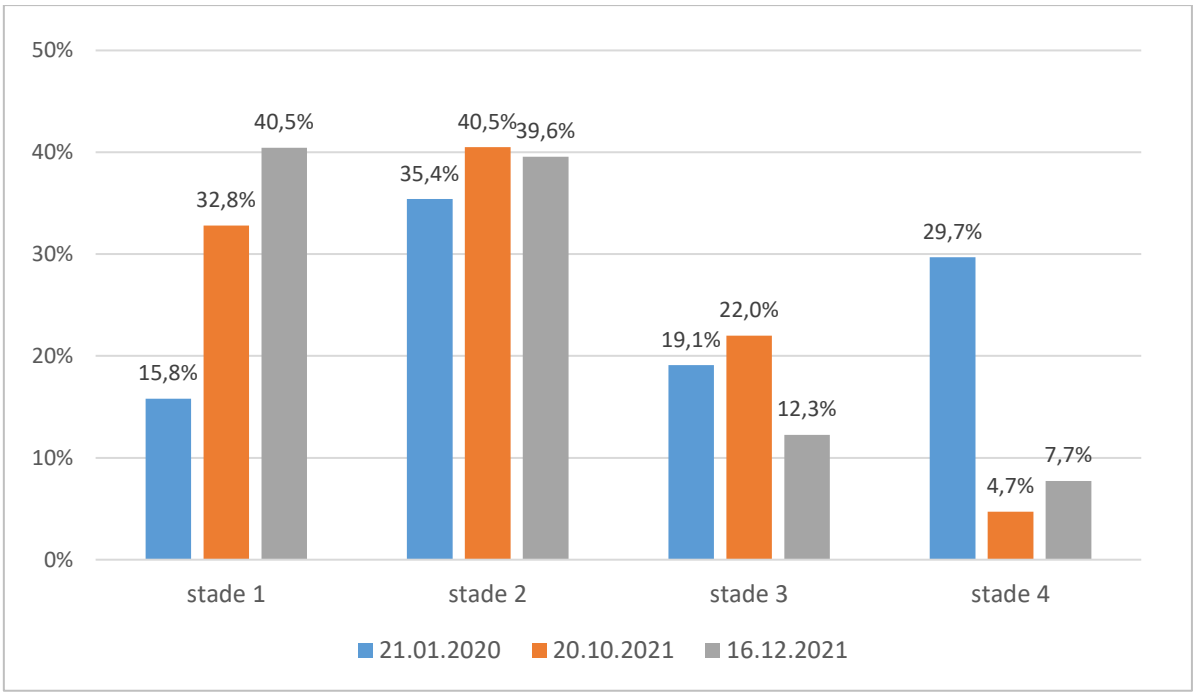
Taux moyen d'escarres stade 1	32,8%	40,5%
Taux moyen d'escarres stade 2	40,5%	39,6%
Taux moyen d'escarres stade 3	22,0%	12,3%
Taux moyen d'escarres stade 4	4,7%	7,7%

Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	55%	49%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	45%	51%

Tableau 4 : Résultats détaillés en RAS - Escarres - Recensement 2021

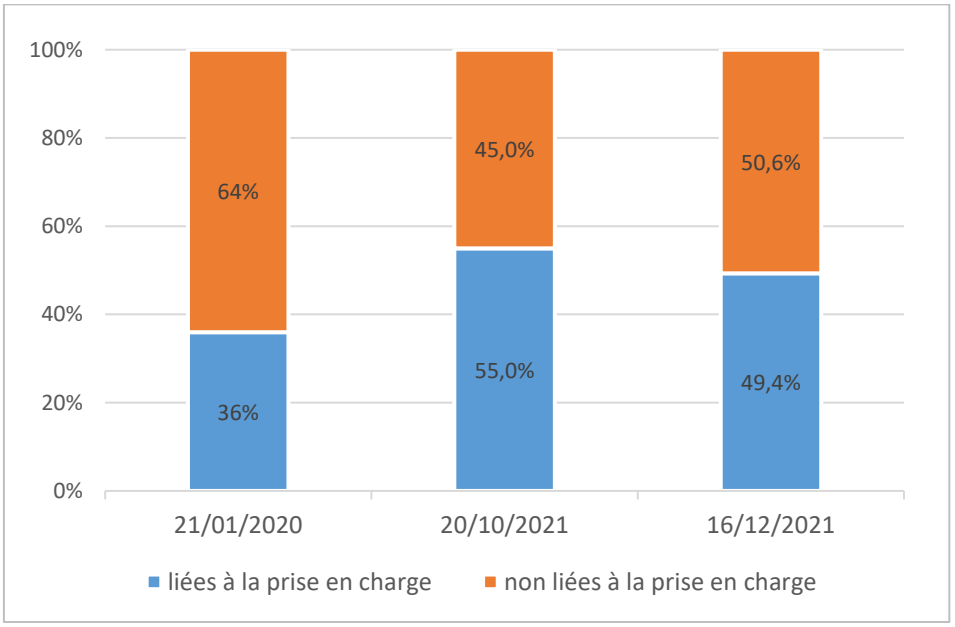
n.b. : En raison des arrondis à la première décimale, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100%.

2.6.2 Détails et évolution



Graphique 8 : Répartition des escarres par stade en RAS

Dans le cadre de la prise en charge à domicile, la prévalence des escarres de stade plus élevé (3 et 4) a diminué et même drastiquement chuté pour les escarres de stade 4. Une détection plus précoce et une mise en place d'actions plus rapides pourraient expliquer cette diminution importante, bénéfique pour le bénéficiaire en raison de l'impact de ce type de plaie.



Graphique 9 : Répartition des escarres par provenance en RAS

Alors que les escarres recensées parmi tous les types de structure sont majoritairement liées à la prise en charge du prestataire, cette tendance ne se vérifie pas pour les RAS pour lesquels le rapport est plus ou moins équilibré.

2.7 Résultats spécifiques aux établissement à séjour intermittent (ESI)

2.7.1 Résultats 2021

RESULTATS RECENSEMENT 2021 – ESI

38 / 38 Réponses	**20.10.2021**	**16.12.2021**
Nombre total de personnes prises en charge	618	634
Nombre total de personnes ayant au moins une escarre	15	13
Nombre total d'escarres recensées	19	15

Taux moyen d'escarres ESI	**1,46%**	**1,65%**

Taux moyen d'escarres stade 1	71,4%	41,7%
Taux moyen d'escarres stade 2	25,0%	37,5%
Taux moyen d'escarres stade 3	0,0%	16,7%
Taux moyen d'escarres stade 4	3,6%	4,2%

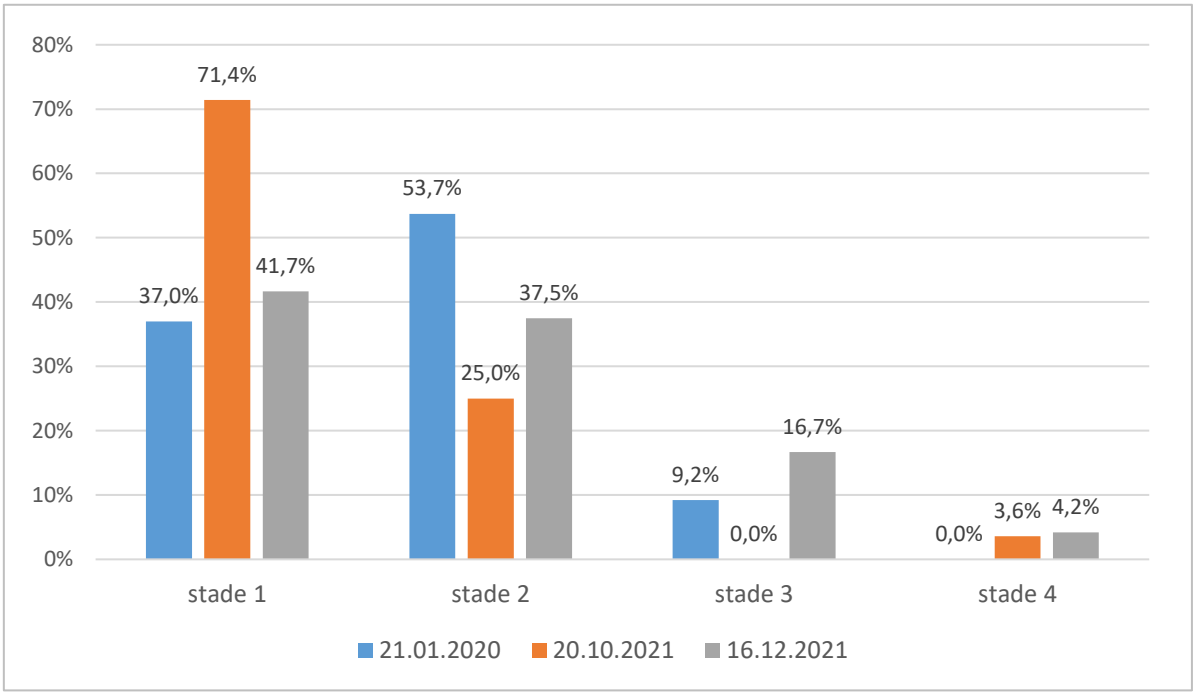
Taux moyen d'escarres liées à la prise en charge	85%	92%
Taux moyen d'escarres non liées à la prise en charge	15%	8%

Tableau 5 : Résultats détaillés en ESI - Escarres - Recensement 2021

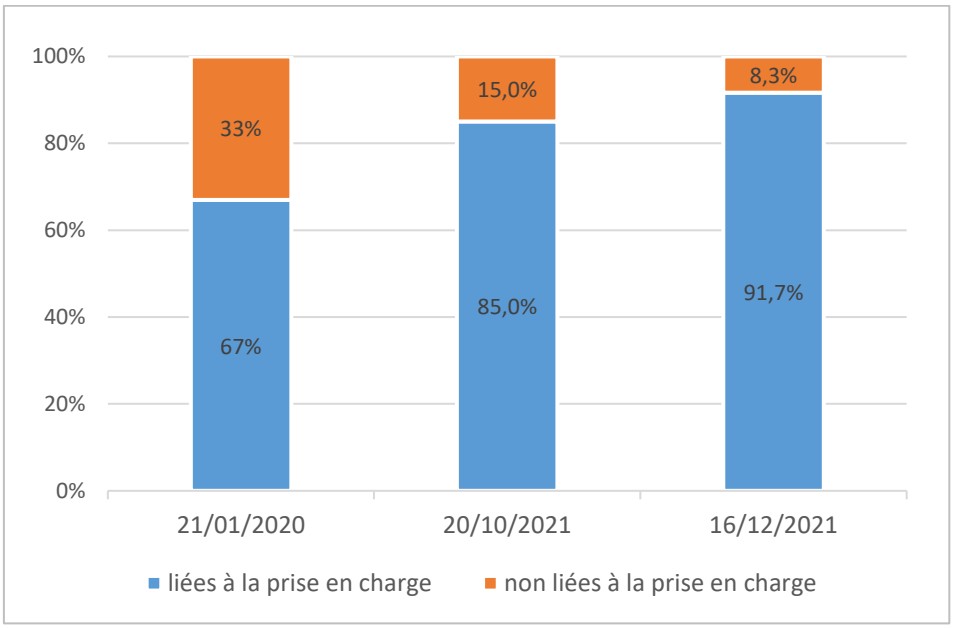
Il est important de noter que le taux moyen d'escarres en ESI est le plus bas du secteur. La population au sein des ESI, tous types d'ESI confondus, n'est pas homogène et ce sont ces différences au sein de cette population qui expliquent en grande partie cette moyenne la plus faible.

En effet, la population de certaines structures est soit composée de personnes très mobiles, présentant alors un faible risque de développer des escarres, soit une population peu mobile, uniquement en fauteuil. Il conviendra de noter que c'est dans les structures de types ESI que des plans de mobilisation/latéralisation pour ce type de population ont quasiment toujours été retrouvés lors des contrôles de la documentation d'aides et de soins effectués, contrairement aux établissements à séjour continu, pour lesquels cette bonne pratique n'a pas toujours été retrouvée pour les personnes immobiles/alitées.

2.7.2 Détails et évolutions



Graphique 10 : Répartition des escarres par stade en ESI



Graphique 11 : Répartition des escarres par provenance en ESI

La quasi-totalité des escarres observées au sein des ESI sont des escarres liées à la prise en charge. Il est à noter que c'est la population qui fait le moins d'allers-retours vers d'autres prestataires ou structures. De plus, il a été observé lors des contrôles de documentation, un faible taux d'hospitalisation pour les personnes dont les dossiers ont été contrôlés.

2.8 Autres informations sur l'indicateur « Escarres » : Contrôles de documentation

La population observée lors des contrôles de documentation ne présente pas forcément une escarre le jour du contrôle. Les informations recensées lors du contrôle ne vont alors pas se focaliser sur la présence ou non d'escarres (données à disposition via les recensements), mais sur l'identification des facteurs de risques, notamment via l'utilisation d'échelles et outils standardisés, sur les mesures mises en œuvre pour suivre les escarres et sur la documentation spécifique de cette escarre.

Il conviendra de noter, comme cela a été observé lors de cette présentation des résultats, que les prestataires savent identifier les escarres dans leur population prise en charge. Cependant, lors des contrôles de documentation, c'est davantage l'identification des facteurs de risques de façon initiale, puis le suivi et l'évolution des escarres qui se sont révélés être plus aléatoires.

En effet, il a pu être observé que la régularité et/ou la pertinence de l'évaluation du risque d'escarres n'était pas adaptée en fonction des événements ou de l'évolution de l'état de santé de la personne dépendante.

Si une évaluation du risque d'escarres et des facteurs de risque d'escarres peut être réalisée initialement, il n'existe pas forcément une formalisation d'une fréquence minimale qui permettrait une mise à jour de cette évaluation.

S'il doit y avoir une évaluation du risque d'escarres au minimum à l'admission et au moins une fois par an, il convient d'adapter cette fréquence en fonction d'évènements spécifiques, par exemple suite à une immobilisation ou perte/diminution de la mobilité de la personne concernée.

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Évaluation du risque d'escarres au moins 1x/an	93,2	79,7	40,0	42,9	**63,9**

Tableau 6 : Pourcentage de dossiers où une évaluation du risque d'escarres au moins 1 fois/an a été observée

L'évaluation du risque d'escarres, au moins une fois par an, de façon formalisée dans la documentation de soins est largement observée dans les MDS et CIPA (respectivement dans 93,2% et 79,7% des cas) et dans moins de la moitié des cas en RAS et ESI (respectivement 40% et 42,9% en ESI).

Lorsqu'une évaluation du risque d'escarres est réalisée, l'échelle la plus couramment utilisée pour les dossiers contrôlés reste l'échelle dite de « Norton ».

L'équipe en charge des contrôles a, de plus, à plusieurs reprises, rendu attentif le prestataire au fait que seule une identification du risque / des facteurs de risque, réalisée via l'utilisation d'échelles ou outils validés, permet de dire que la personne ne présente pas de risques d'escarres et de documenter cette information. L'utilisation d'échelles validées est un des moyens à disposition pour réaliser cette identification des risques. Lors des contrôles de documentation, d'autres éléments, même s'ils ne sont pas spécifiquement demandés au niveau dudit RGD, sont discutés avec les prestataires.

Par exemple, afin de faire le lien avec un autre indicateur qui est le suivi de la douleur, l'équipe en charge du contrôle regarde toujours si, au moment où une escarre est identifiée, un suivi de la douleur est réalisé. Une escarre peut être particulièrement douloureuse, et il est important, dès l'identification de cette escarre, de suivre de façon conjointe la douleur de la personne concernée. Malheureusement, cette (bonne) pratique n'a pas pu être identifiée dans une majorité des cas (cf lien avec la partie 5.2 Résultats « Douleur », à la page 54).

Chez une majorité de prestataires, une fiche spécifique du suivi des escarres existe, permettant de localiser l'escarre. Ce type de fiche devrait alors idéalement avoir une rubrique permettant la mesure de la douleur pour être complète.

Il est à noter que certains prestataires utilisent une documentation via photographie, permettant d'avoir un enregistrement et un suivi précis de l'évolution de l'escarre.

2.9 Quelques références

La comparaison des données luxembourgeoises avec d'autres pays européens reste difficile en raison des différences dans les définitions employées, les méthodes de collecte des données et la population considérée. Les références les plus facilement identifiables sont surtout disponibles dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées. Compte tenu de ces réserves, on pourra cependant dire que le Luxembourg présente un des taux moyens d'escarres les plus faibles comparé aux résultats d'enquêtes similaires organisées en France, en Belgique, en Allemagne, en Suisse et en Autriche.

Une étude sur la prévalence des escarres en établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées nécessitant des soins de longue durée en Suisse a été menée par l'« Association des Directrices et Directeurs d'Etablissement pour Personnes Agées de Genève » (ADEPAG) et a montré que la prévalence des escarres était de 5,7% en 2015 et de 4,2% en 2016 et que la majorité des escarres se développent en établissement[2].

Dans le cadre de la campagne « Sauve ma peau » conduit par l' « Agence Régionale de Santé » (ARS) d'Île-de-France, différentes enquêtes ont été menées sur la prévalence des escarres[3]. Dans les structures médico-sociales similaires à celles existant au Luxembourg (c'est-à-dire les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD), 7% en 2017 et 6,6% en 2020 des personnes prises en charge avaient en moyenne au moins une escarre. En ce qui concerne la gravité des escarres, le stade 1 était le plus représenté avec 33,3% en 2020, suivi du stade 2 avec 28%. Une autre enquête menée en France en 2014, incluant 149 structures, a montré que le taux de prévalence s'élevait à 4,9%[4]. Les stades d'escarres les plus fréquents étaient les escarres de stade 1 avec 33%, suivis des escarres de stade 2 avec 31%, puis les escarres de stade 3 avec 22% et enfin les escarres de stade 4 avec 12%.

Des résultats disponibles en Flandres et recensés par le « Vlaams Indicatorenproject Woonzorgcentra » (Belgique) en 2017 montrent que 2,8% des résidents de structures pour personnes âgées ont au moins une escarre (stade 2, 3 et 4, les escarres de stade 1 étant exclues)[5]. Pour 1,9% des résidents, il s'agissait d'une escarre qui s'est développée au sein de l'institution.

En Allemagne, selon un rapport de l'organisme social « Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen », le taux de prévalence des escarres dans le secteur des soins était de 3,8% en 2019[6]. La majorité des escarres (73%) était liée à la prise en charge. Une autre enquête menée en Allemagne a montré des taux de prévalence dans le secteur des soins entre 2-5% pour les années 2010-2015[7].

---

[2] Raë, A.-C. et al. (2017) : Prévalence des escarres dans les EMS du canton de Genève – l'impact de la mesure sur la prévalence et la variabilité entre EMS. Hôpitaux Universitaires Genève.

[3] Tangre, I., Bigaignon, C., Stachowiak, M. J. (2021) : Résultats de l'enquête de prévalence escarre 2020. 23.03.2022. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/73634/download?inline

[4] Torressan, C. (2015) : Prévalence des escarres dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Aquitaine. Dans: *Médicine humaine et pathologie*. dumas-01250626

[5] Agentschap Zorg & Gezondheid (2017): Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra. Kwaliteitsindicatoren 2016 Deel 1. Vlaanderen, p. 9, 11.

[6] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2020): 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A ABS. 6 SGB XI. Koffler DruckManagement GmbH, Dortmund, S.8.

[7] Tomova-S. et al. (2019): Die Epidemiologie des Dekubitus in Deutschland: eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen 2019; 81(06): 505-512*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Doi: 10.1055/s-0043-122069

Selon l'institut « Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz », la prévalence des escarres en Autriche s'élevait à 5,9% en 2017[8] (étude réalisée auprès de 37 hôpitaux, 2 hôpitaux gériatriques et 4 maison de soins).

2.10 Futurs recensements

L'AEC souligne l'importance de continuer à recenser au moins 2 fois par an ces données. Outre le fait que ce recensement est une obligation légale, il importe de garder un niveau de vigilance dans le suivi des escarres, mais aussi de voir l'évolution sur une période plus importante.

Trois jours de recensement ne permettent pas, à ce jour, de savoir s'il s'agit d'une tendance ou si des éléments/évènements extérieurs viendraient influencer les résultats. Il convient d'avoir davantage de recul.

Il est donc impératif de continuer et de multiplier ces recueils de données.

Pour l'année 2022, deux recensements sont prévus : un en juin 2022 et un autre en novembre 2022. Pour l'année 2023, deux recensements auront lieu aux mêmes périodes, permettant de disposer pour le prochain rapport biennal d'un set de données plus important.

2.11 Conclusion partie « Escarres »

Le dernier recensement montre que les prestataires ont intégré le recensement dans leur routine de travail, avec une qualité améliorée des données fournies et aussi un délai plus court dans la transmission des informations demandées. Hormis un seul prestataire, tous les prestataires savent quantifier les escarres le jour du recensement, mais aussi en identifier le stade ainsi que la provenance (= escarres liées ou non liées à la prise en charge), ce qui était un des objectifs du recensement de cet indicateur.

Il conviendra dès lors de voir, au sein du groupe de travail, si des recommandations liées à la prévention et au suivi ne pourraient pas être diffusées, notamment afin de mettre en évidence le lien entre les différents indicateurs mais aussi pour homogénéiser les pratiques en termes de suivi et de documentation de ce suivi.

Ces recommandations pourraient par exemple mettre en avant l'importance de la nutrition dans la prévention des escarres, avec la nécessité de dépister et d'évaluer l'état nutritionnel de tout individu à risque d'escarres. Qui plus est, la nutrition et évidemment en lien direct avec un autre indicateur suivi, à savoir le poids (art. 8 du RGD du 13/12/2017). De plus, elles pourraient apporter des précisions et une certaine homogénéité afin, par exemple, d'insister sur un enregistrement standardisé de la localisation des escarres, notamment au niveau de :

- l'ischion, localisation fréquente chez les patients assis, la plus fréquente chez les paraplégiques ;
- le sacrum, localisation fréquente principalement chez les patients assis ou chez les patients alités en position semi-assise ;
- le talon, localisation fréquente chez les patients alités en position dorsale.

Si le RGD ne mentionne pas ce type de suivi, il pourrait cependant être envisagé, avec le groupe de travail et en collaboration avec les prestataires, de faire évoluer cet indicateur, afin d'accompagner les prestataires dans l'amélioration de l'identification des facteurs de risques et dans le suivi plus standardisé de l'escarre.

[8] Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz (2017): Pflegequalitätserhebung 2.0. 14. November 2017, S. 41.

3. Chutes

3.1 Méthodologie

3.1.1 Fiche technique « Chutes »

Pour permettre ce recensement, un groupe de travail a mis au point une fiche technique en français et en allemand.

Cette fiche technique a été amendée en 2021 suite aux observations réalisées lors du recensement de 2020. Il a été décidé d'adapter la fiche technique à la réalité du recensement. En effet, la définition du suivi de l'indicateur indiquait l'expression de la « prévalence annuelle des chutes » en pourcentage. Cette expression en pourcentage était la décision du groupe de travail. Cependant, lors de la rédaction du dernier rapport biennal, pour des soucis de compréhension, il a été décidé d'exprimer la prévalence des chutes en terme de nombre entier. La définition de la prévalence des chutes a donc été revue au sein du groupe de travail. Elle est exprimée à ce jour en nombre entier, ce que permet d'exprimer un nombre moyen de chutes par personne dépendante.

De plus, afin d'affiner cet indicateur, le recensement du nombre de personnes qui ont chuté a également été ajouté dans les données demandées aux prestataires. Cette information complémentaire, présentée sous la forme d'un taux, indique le pourcentage de chuteurs parmi les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins et permet également d'exprimer un nombre moyen de chutes par chuteurs, donnant ainsi une indication, en moyenne, sur de possibles rechutes.

La fiche technique est disponible en français et en allemand, sur le site internet de l'AEC, dans l'espace professionnels.

https://aec.gouvernement.lu/fr/espace-professionnels/controle-qualite.html

Cette fiche technique constitue la base pour s'assurer que tous les prestataires suivent et enregistrent les chutes constatées selon des critères communs.

3.1.2 Méthodes de calculs

Prévalence annuelle des chutes

La prévalence annuelle des chutes par type de structure est exprimée en nombre entier et calculée comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de chutes recensées pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge pendant l'année considérée}}$$

La prévalence des chutes reflète le nombre moyen de chutes par personne dépendante. Cela dit combien de fois les personnes prises en charge ont chuté en moyenne si on répartit toutes les chutes entre toutes les personnes dépendantes prises en charge.

Cette prévalence est calculée par type de structure. Pour calculer la prévalence annuelle des chutes en MDS, le nombre total des chutes de l'année considérée de toutes les MDS ayant participé au recensement est additionné, ainsi que le nombre total de personnes prises en charge en MDS. Ensuite la somme des chutes en MDS est divisée par la somme des personnes prises en charge en MDS. Ce résultat indique alors la prévalence annuelle des chutes en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer la prévalence annuelle des chutes parmi tous les types de structures, la moyenne des prévalences de chutes en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des prévalences des chutes divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté

Le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté est exprimé en nombre entier et calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de chutes recensées pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes ayant chuté pendant l'année considérée}}$$

Ce nombre reflète la prévalence des chutes parmi les personnes ayant chuté au moins une fois pendant l'année considérée. Ce nombre indique ainsi combien de fois les chuteurs ont chuté en moyenne.

Ce nombre moyen est calculé par type de structure. Pour calculer le nombre moyen de chutes par personne dépendante en MDS, le nombre des chutes recensées par toutes les MDS est additionné, ainsi que le nombre total de personnes ayant chuté au moins une fois pendant l'année considérée dans les MDS. La somme des chutes en MDS est divisée par la somme des personnes ayant chuté en MDS. Ce résultat donne alors le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté parmi tous les types de structure, la moyenne de tous les nombres moyens de chutes par personne ayant chuté en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des nombres moyens de chutes par personne ayant chuté divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Taux moyen de chuteurs

Le taux moyen de chuteurs est exprimé en pourcentage et calculé comme suit :

$$\frac{\text{Nombre total de personnes ayant chuté pendant l'année considérée}}{\text{Nombre total de personnes prises en charge pendant l'année considérée}} \times 100$$

Le taux moyen de chuteurs indique le pourcentage de personnes ayant chuté au moins une fois parmi toutes les personnes prises en charge pendant l'année considérée. Il indique ainsi le pourcentage de personnes parmi toutes les personnes prises en charge qui ont fait au moins une chute.

Ce taux moyen est calculé par type de structure. Pour calculer le taux moyen de chuteurs en MDS, le nombre de personnes ayant chuté dans toutes les MDS est additionné, ainsi que le nombre de personnes prises en charge dans les MDS pendant l'année considérée. La somme des chuteurs en MDS est divisée par la somme des personnes prises en charge en MDS, le résultat est multiplié par 100 et donne le taux moyen de chuteurs en MDS. Ce calcul est fait pour tous les types de structure.

Pour déterminer le taux moyen de chuteurs parmi tous les types de structure, la moyenne de tous les taux moyens de chuteurs en MDS, CIPA, RAS, ESI et CSST est calculée (= somme des taux de chuteurs divisée par le nombre de types de structure, qui est égal à 5).

Minimum (min.) et Maximum (max.) des différents indicateurs

Comme la prévalence annuelle des chutes, le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté et le taux moyen de chuteurs sont indiqués par type de structure. Ils reflètent une généralité et ne reflètent donc pas le détail des résultats par prestataire.

C'est pourquoi, il a été décidé de toutefois afficher le nombre ou taux minimal et maximal des différents indicateurs pour chaque type de structure. Cela permet de montrer dans quelle fourchette ces résultats se situent et ajoute un surplus de détail des données recensées. Une faible différence entre le nombre minimal et le nombre maximal indique que tous les prestataires présentent des

résultats similaires et qu'il n'y a pas eu de valeurs aberrantes. Par contre, une différence significative entre le minimum et le maximum indique que les prestataires présentent des résultats plutôt différents.

La prévalence des chutes minimale en MDS est donc la prévalence des chutes la plus basse parmi toutes les MDS et la prévalence des chutes maximale en MDS est donc celle qui est la plus élevée parmi tous les MDS. Le nombre minimal et maximal est indiqué par type de structure, pour les trois indicateurs analysés (prévalence des chutes, nombre moyen de chutes par personne ayant chuté et taux moyen de chuteurs).

3.1.3 Définition de la chute

Afin de garantir une homogénéisation du recueil de l'indicateur, les prestataires se basent sur la définition de l'OMS:

« Une chute désigne tout événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre involontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur » (WHO,1992/2007)[9] *»*.

Un accompagnement ou un positionnement au sol d'une personne en train de perdre l'équilibre, par un soignant ou une tierce personne, ne sera pas à considérer comme une chute. Ainsi, une glissade ne sera pas à considérer dans le cadre de ce recensement.

3.1.4 Données recensées

Le prestataire (1 code fournisseur = 1 responsable de recensement) est invité à remplir le formulaire web sécurisé avec accès personnel.

Il recense les données suivantes pour la période considérée :

- nombre total des personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins l'année considérée par le recensement ;
- nombre de chutes recensées ;
- nombre de personnes ayant chuté.

Il transmet ces données via un formulaire web sécurisé, avec accès individuel, assurant une alimentation directe de la base de données qui servira au traitement et à l'analyse par l'AEC.

3.1.5 Période de recensement

Le recensement de la prévalence des chutes se fait sur une année.

Il a eu lieu pour la première fois en janvier 2020 pour l'année 2019. Les résultats ont été présentés dans le premier rapport biennal.

Les résultats présentés dans ce rapport sont ceux des recensements correspondant à la prévalence des chutes pour l'année 2020 et 2021.

Les analyses sont complétées, le cas échéant, par des comparaisons avec les résultats du premier recensement et comprennent quelques références à des résultats de suivi dans d'autres pays. Il convient cependant de rappeler que ce type de comparaisons est toujours délicat dans le sens où les critères de recensement ne sont pas forcément homogènes et choisis de la même façon d'un pays, voire d'une région à une autre, et peut exclure ou inclure une population différente de celles ciblées par l'assurance dépendance au Luxembourg.

[9] Source: Organisation mondiale de la santé https://www.who.int/fr/newsroom/fact-sheets/detail/falls

3.2 Résultats généraux

3.2.1 Modalités des deux recensements de 2020 et 2021

3.2.1.1 Recensement de l'année 2020

131 prestataires sont à considérer pour le recensement (141 prestataires sollicités).

Délai moyen de réponse = 33,2 jours.

94,6% des prestataires ont respecté le délai de réponse de 7 semaines.

Taux de réponse de 100%.

3.2.1.2 Recensement de l'année 2021

128 prestataires sont à considérer pour le recensement (139 prestataires sollicités).

Délai moyen de réponse = 25,5 jours.

96,1% des prestataires ont respecté le délai de réponse de 6 semaines.

Taux de réponse de 100%.

Le nombre de prestataires dont les réponses sont considérées varient légèrement par rapport au nombre de prestataires sollicités. Cette différence vient du fait que certains prestataires sollicités ne sont pas le prestataire principal de la personne dépendante prise en charge.

Afin d'éviter des doublons, la fiche technique précise que le recensement doit se faire et donc être transmis par le prestataire principal.

3.2.2 Amélioration du fonctionnement du recensement

Même si l'UQC a dû solliciter certains prestataires en raison d'un envoi tardif ou d'un oubli d'envoi de leurs données, l'ensemble des prestataires sollicités a répondu.

Il est important de noter qu'il y a eu une réduction significative des difficultés de compréhension des données à fournir avec une diminution des questions posées et une diminution du nombre d'erreurs dans les données fournies. De plus, l'utilisation du formulaire web sécurisé a participé à une diminution du délai moyen de réponse et à une augmentation du taux des prestataires ayant répondu avant le délai de réponse accordé.

Comme pour le recensement des données relatives à l'indicateur « Escarres », l'UQC a accompagné individuellement les prestataires afin de s'assurer de la qualité et de la pertinence du recensement et pour éviter qu'une personne ayant chuté soit recensée deux fois, pouvant amener un biais dans la mesure. Cet accompagnement portait donc davantage sur les modalités de fonctionnement, notamment au niveau de la sous-traitance.

Des précisons supplémentaires seront apportées pour les recensements futurs afin de garantir et d'améliorer les données recensées et mieux cibler les prestataires à solliciter.

3.2.3 Résultats nationaux – tout type de structures

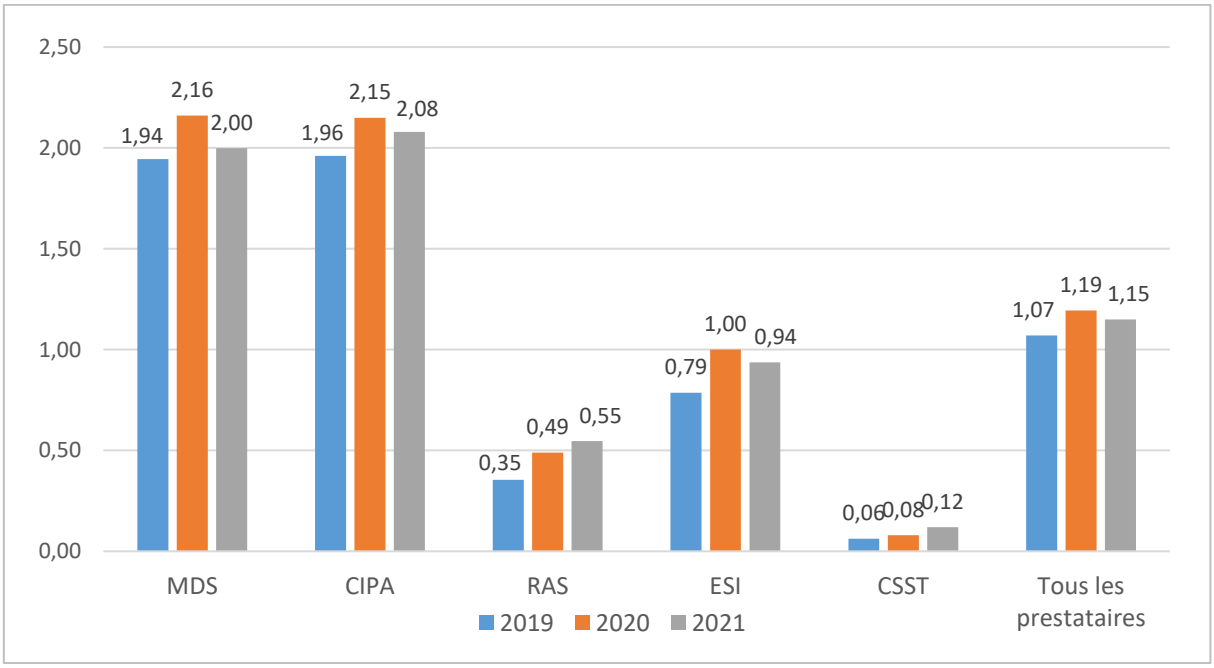
Les données ci-dessus présentent les résultats par type de structure sous deux formes, permettant une visualisation plus aisée des fluctuations.

3.2.3.1 Prévalence des chutes (tout type de structures)

	2019	2020	2021
Total des réponses	109	131	128

Prévalence des chutes MDS (Nb)	1,94	2,16	2
Prévalence des chutes CIPA (Nb)	1,96	2,15	2,08
Prévalence des chutes RAS (Nb)	0,35	0,49	0,55
Prévalence des chutes ESI (Nb)	0,79	1	0,94
Prévalence des chutes CSST (Nb)	0,06	0,08	0,12
Prévalence des chutes, tout type de structures	**1,07**	**1,19**	**1,15**

Tableau 7 : Prévalence des chutes (Nombre) par type de structure



Graphique 12 : Prévalence des chutes par type de structure, tout type de structures confondues

Dans les MDS, les CIPA et les ESI, la prévalence des chutes a connu une augmentation en 2020 par rapport à 2019. En 2021, elle a de nouveau légèrement baissé, mais reste au-dessus du nombre moyen de chutes par personne dépendante de 2019. En RAS et CSST, la prévalence des chutes augmente légèrement entre chaque recensement et est ainsi passée de 0,35 chutes en moyenne en 2019 à 0,55 en 2021 parmi les personnes prises en charge par les RAS.

La prévalence moyenne des chutes parmi tous les prestataires était de 1,07 chutes en moyenne en 2019, a augmenté en 2020 à 1,19 et légèrement diminué à 1,15 en 2021.

La prévalence des chutes est la plus élevée en MDS et CIPA et est quasi identique pour ces deux types de structure. Le nombre moyen de chutes le plus faible se retrouve parmi les CSST, suivi des RAS et ensuite des ESI.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises quant à l'augmentation de 2020 dans tous les types de structures, telles que les conditions de prise en charge. Les surveillances en groupe par exemple qui ont été stoppées au plus fort de la pandémie au niveau des établissements à séjour continu et

l'isolement en chambre des personnes souhaitant peut-être se transférer ou se déplacer seules, ne pouvant pas bénéficier d'une surveillance de chaque instant, pourraient ainsi faire partie de ces hypothèses.

Cependant, il convient aussi de noter que c'était le deuxième recensement et que de nombreuses actions d'amélioration, tant dans la sensibilisation du personnel, des personnes elles-mêmes voire des familles que dans l'importance de signaler une chute, et donc de l'enregistrer, ont pu avoir une influence sur une indentification plus pertinente des chutes et donc mécaniquement sur leur enregistrement.

De même que pour tout type d'indicateur, seul un set plus important de recensements permettra d'affiner ce type d'hypothèse.

Les résultats par type de structures dans les pages suivantes montreront les disparités entre les types de structures, certes, mais également au sein d'un même type de structure avec le nombre de chutes moyen le plus bas et le plus élevé dans le type de structure considérée.

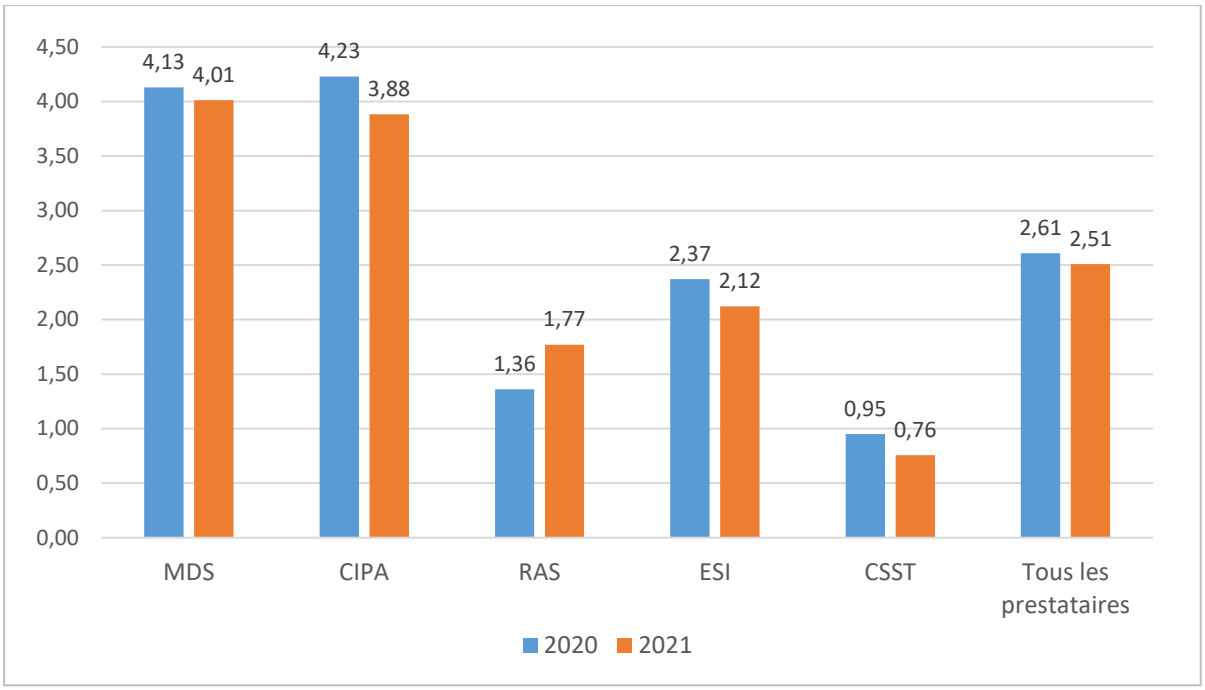
3.2.3.2 Nombre de chutes par personne ayant chuté

Les données ci-dessous présentent les résultats par type de structure sous deux formes, permettant une visualisation plus aisée des fluctuations.

Les données sur le nombre de personnes ayant chuté ne sont disponibles que pour les années 2020 et 2021 étant donné que cette variable n'avait pas encore été demandée lors du premier recensement en 2019. L'évolution du nombre moyen de chutes par personne ayant chuté (partie 2.2.2) ainsi que du taux moyen de chuteurs (partie 2.2.3) n'est donc présentée que pour une période de 2 ans.

	2020	**2021**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté MDS	4,13	4,01
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté CIPA	4,23	3,88
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté RAS	1,36	1,77
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté ESI	2,37	2,12
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté CSST	0,95	0,76
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté tout type de structures confondues	**2,61**	**2,51**

Tableau 8 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues



Graphique 13 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues

Dans tous les types de structures, le nombre moyen de chutes par personne ayant chuté a légèrement baissé en 2021 par rapport à 2020, sauf pour les personnes prises en charge par les RAS où il est passé de 1,36 à 1,77 de chutes en moyenne par personne ayant chuté (appelé par la suite le chuteur).

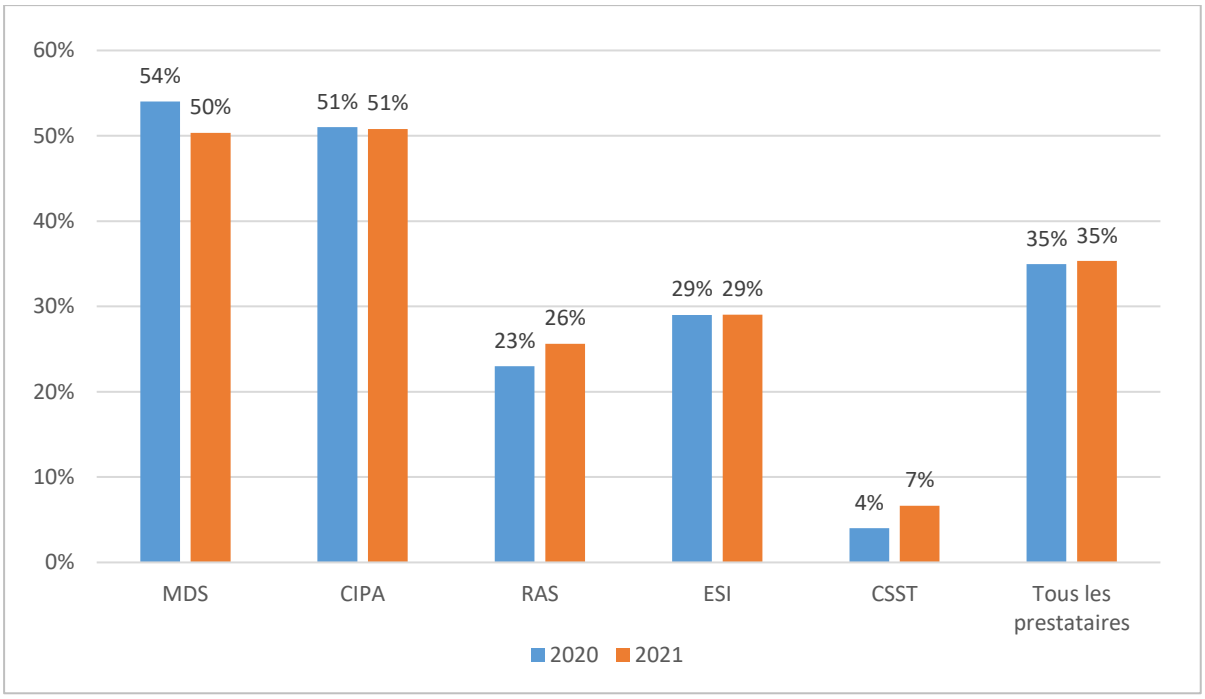
Le nombre moyen de chutes par chuteur parmi tous les prestataires est passé de 2,61 en 2020 à 2,51 en 2021. De même que pour la prévalence des chutes, ce nombre est aussi le plus élevé en établissement à séjour continu et presque identique pour les MDS et les CIPA. Les CSST présentent encore une fois le nombre le plus faible, suivi des RAS et ensuite des ESI.

3.2.3.3 Taux de chuteurs

Les données ci-dessous présentent les résultats par type de structure sous deux formes, permettant une visualisation plus aisée des fluctuations.

	2020	**2021**
Taux moyen de chuteurs MDS	54%	50%
Taux moyen de chuteurs CIPA	51%	51%
Taux moyen de chuteurs RAS	23%	26%
Taux moyen de chuteurs ESI	29%	29%
Taux moyen de chuteurs CSST	4%	7%
Taux moyen de chuteurs tout type de structures confondues	**35%**	**35%**

Tableau 9 : Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté, tout type de structures confondues



Graphique 14 : Taux moyen de chuteurs, tout type de structures confondues

Pour ce qui est du pourcentage des personnes ayant fait au moins une chute parmi toutes les personnes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pendant l'année considérée, les résultats des recensements 2020 et 2021 montrent que ce taux reste relativement stable.

Dans les CIPA et les ESI, ce taux est resté identique avec environ la moitié (51%) des personnes prises en charge dans les CIPA qui ont fait au moins une chute et presque un tiers (29%) dans les ESI.

En MDS, c'est aussi environ la moitié des personnes qui a chuté, avec 54% en 2020 et 50% en 2021. Pour les RAS, le taux des chuteurs s'élevait à 23% en 2020 et 26% en 2021. Le taux le plus faible présentent les CSST avec 4% en 2020 et 7% en 2021. Parmi tous les prestataires, le taux moyen des chuteurs s'élève à 35% et est resté stable en 2021.

Le pourcentage des personnes qui font au moins une chute par an se situe à une hauteur similaire en Belgique, en Allemagne et en France. Selon la Société Scientifique de Médecine Générale, en Belgique, 30% des personnes de plus de 65 ans vivant à leur domicile chutent au moins une fois au cours d'une année et 15% au moins 2 fois[10]. En établissement, ces taux se situent entre 30-70% des résidents pour ceux qui chutent au moins une fois et entre 15-40% pour ceux qui font des rechutes. En Allemagne, le pourcentage des personnes prises en charge en institution qui ont chuté au moins une fois sur l'année varie entre 30-50%[11]. En France, selon une étude menée en 2016, ce taux est aussi à la hauteur de 30 à 50%, dont 40% de chutes récurrentes[12].

[10] Chevalier, P. (2008) : Recommandations de Bonne Pratique. Prévention des chutes chez les personnes âgées. Synthèse de la mise à jour. Supplément au n° 254 de la *Revue de la Médecine Générale.* Société Scientifique de Médecine Générale, Bruxelles.

[11] Wingenfeld, K. (2014): Ergebnisse der Sturzprävention in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, S. 4.

[12] Freund, R-J. (2016) : L'environnement et les chutes des personnes âgées : le regard de l'épidémiologie, p. 15. Dans : Trouvé, E. (2016) : Agir sur l'environnement pour permettre les activités. De Boeck Supérieur SA, Louvain-la-Neuve, pp. 15-28.

3.2.4 Résultats détaillés des recensements 2020 et 2021 par type de structure

3.2.4.1 Résultats spécifiques aux maisons de soins (MDS)

RECENSEMENTS 2020 et 2021 – MDS

	2020	2021
Nombre total des MDS à considérer	20	20
Nombre total de personnes prises en charge, l'année considérée	5.612	5.194
Nombre total de chutes recensées	2.593	2.598
Nombre total de personnes ayant chuté	1.388	1.308
Prévalence des chutes MDS	**2,16**	**2,00**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté MDS	4,13	4,01
Taux moyen de chuteurs MDS	54%	50%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante MDS	0,72	0,95
Nombre maximal de chutes par personne dépendante MDS	3,92	3,10
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté MDS	1,69	1,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté MDS	7,35	5,50
Taux minimal de chuteurs MDS	0,39	0,32
Taux maximal de chuteurs MDS	0,80	0,95

Tableau 10 : Résultats détaillés en MDS - Chutes - Recensements 2020 et 2021

3.2.4.2 Résultats spécifiques aux centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

RECENSEMENTS 2020 et 2021 – CIPA

	2020	2021
Nombre total des CIPA à considérer	32	32
Nombre total de personnes prises en charge, l'année considérée	8.326	7.626
Nombre total de chutes recensées	3.869	3.668
Nombre total de personnes ayant chuté	1.982	1.863
Prévalence des chutes CIPA	**2,15**	**2,08**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté CIPA	4,23	3,88
Taux moyen de chuteurs CIPA	51%	51%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante CIPA	0,48	1,11
Nombre maximal de chutes par personne dépendante CIPA	5,23	4,61
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté CIPA	1,72	2,60
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté CIPA	8,66	6,59
Taux minimal de chuteurs CIPA	0,24	0,24
Taux maximal de chuteurs CIPA	0,75	0,87

Tableau 11 : Résultats détaillés en CIPA - Chutes - Recensements 2020 et 2021

3.2.4.3 Résultats spécifiques aux réseaux d'aides et de soins (RAS)

RECENSEMENTS 2020 et 2021 – RAS

	2020	**2021**
Nombre total des RAS à considérer	20	21
Nombre total de personnes prises en charge, l'année considérée	3.921	4.673
Nombre total de chutes recensées	7.972	8.545
Nombre total de personnes ayant chuté	1.853	2.190
Prévalence des chutes RAS	**0,49**	**0,55**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté RAS	2,12	2,13
Taux moyen de chuteurs RAS	23%	26%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante RAS	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne dépendante RAS	1,36	1,77
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté RAS	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté RAS	3,25	4,00
Taux minimal de chuteurs RAS	0,00	0,00
Taux maximal de chuteurs RAS	0,41	0,39

Tableau 12 : Résultats détaillés en RAS – Chutes – Recensements 2020 et 2021

3.2.4.4 Résultats spécifiques aux établissements à séjour intermittent (ESI)

RECENSEMENTS 2020 et 2021 – ESI

	2020	**2021**
Nombre total des ESI à considérer	41	38
Nombre total de personnes prises en charge, l'année considérée	674	639
Nombre total de chutes recensées	674	682
Nombre total de personnes ayant chuté	194	198
Prévalence des chutes ESI	**1,00**	**0,94**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté ESI	2,37	2,12
Taux moyen de chuteurs ESI	29%	29%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante ESI	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne dépendante ESI	11,06	8,38
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté ESI	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté ESI	18,09	21,80
Taux minimal de chuteurs ESI	0,00	0,00
Taux maximal de chuteurs ESI	1,00	1,00

Tableau 13 : Résultats détaillés en ESI – Chutes – Recensements 2020 et 2021

C'est dans les ESI que la différence entre le minimum de nombres de chutes, le minimum de chutes par chuteurs et les maximums pour les mêmes variables est la plus importante. Il convient de noter que les populations prises en charge peuvent être complètement différentes avec des personnes très mobiles, avec parfois des comportements de « mise en danger » en raison de la typologie de leur handicap, ou alors en fauteuil roulant avec un risque minime, étant donné qu'aucun déplacement ou transfert ne se fait seul.

3.2.4.5 Résultats spécifiques aux centres semi-stationnaires (CSST)

RECENSEMENTS 2020 et 2021 – CSST

	2020	2021
Nombre total des CSST à considérer	18	17
Nombre total de personnes prises en charge, l'année considérée	35	36
Nombre total de chutes recensées	448	302
Nombre total de personnes ayant chuté	20	20
Prévalence des chutes CSST	**0,08**	**0,12**
Nombre moyen de chutes par personne ayant chuté CSST	0,95	0,76
Taux moyen de chuteurs CSST	4%	7%
Nombre minimal de chutes par personne dépendante CSST	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne dépendante CSST	0,33	1,60
Nombre minimal de chutes par personne ayant chuté CSST	0,00	0,00
Nombre maximal de chutes par personne ayant chuté CSST	2,57	2,50
Taux minimal de chuteurs CSST	0,00	0,00
Taux maximal de chuteurs CSST	0,17	1,00

Tableau 14 : Résultats détaillés en CSST – Chutes – Recensements 2020 et 2021

3.3 Autres informations sur l'indicateur « Chutes »: Contrôles de documentation

Le contrôle de documentation auprès du prestataire n'est pas utilisé pour déterminer la prévalence des chutes étant donné que cette information est récoltée via le recensement national.

Lors des contrôles, l'équipe de l'UQC s'attarde plus particulièrement à savoir si une évaluation du risque de chute ou des facteurs de risque est effectuée au début de la prise en charge (si cette donnée est disponible – en fonction de la durée de la prise en charge) et si elle est régulièrement réévaluée. Cette réévaluation du risque de chute ou des facteurs de risque est à réaliser au moins une fois par an ou plus fréquemment si nécessaire. Il est en effet pertinent de s'interroger sur les risques suite à des événements spécifiques, comme par exemple au retour d'hospitalisation ou après une immobilisation.

CHUTES	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Évaluation du risque de chute sur l'année (49 entités contrôlées 2020-2021)	84,1%	64,1%	43,9%	35,7%	**56,9%**

Tableau 15 : Pourcentage de dossiers où une évaluation du risque de chute au moins 1 fois/an a été observée

L'évaluation initiale du risque de chute doit faire partie de l'anamnèse d'entrée au début de la prise en charge. Elle est essentielle pour identifier les besoins et adapter la prise en charge. **L'évaluation de ce risque de chute ou des facteurs de risque** a pu être retrouvée dans **56,9%** des dossiers contrôlés dans l'ensemble des structures visitées, tout type de structures confondues.

Cette évaluation formalisée au moins de façon annuelle a été retrouvée plus fréquemment dans les établissements à séjour continu, avec une pratique plus développée dans les MDS, 84,1% dans les dossiers contrôlés contre 64,1% en CIPA. Cette évaluation et réévaluation a été moins identifiée au sein des RAS contrôlés lors de la période considérée (43,9%) (antennes, bureau ou service régional) et finalement au sein des ESI (35,7%).

Il est important de noter que cette donnée correspondant à ce qui a pu être retrouvé de façon formalisée au sein de la documentation. Certains prestataires déclarent qu'il n'y a pas de risque de chute ou qu'il y a des risques très importants sans utilisation d'outil ou d'échelle spécifique.

L'utilisation d'outils et échelles validés est recommandée pour se positionner sur les risques. Le test le plus utilisé est le Test de Tinetti, qui ne convient cependant pas à tous les types de public pris en charge. Certains prestataires ont développé leur propre outil, listant les facteurs de risques.

Il n'a pas d'obligation d'utilisation de tel ou tel outil, mais il est clair qu'il convient de formaliser les risques ou facteurs de risque pour pouvoir agir et planifier en conséquence les actions de prévention et d'accompagnement. La réévaluation régulière de ce risque, à fréquence pertinente, grâce à l'outil ou aux techniques utilisés en premier lieu permet de voir, de façon factuelle, l'évolution des risques et l'apparition de nouveaux facteurs pouvant avoir une influence sur le risque de chutes global.

Pour les personnes mobiles, il est par exemple possible d'évaluer de façon simple la fonction d'équilibration via des tests de marche et équilibre postural dynamique, des tests d'équilibre postural statique ou de voir si la personne arrête de parler lorsqu'elle marche, permettant la détection de problèmes.

Pour les personnes immobiles, en fauteuil en permanence ou alitée, les risques sont à identifier également au moment des actions des soignants (lors des changements de position, transferts vers la baignoire, etc.), ou quand le matériel spécifique est enlevé.

Lors des contrôles de documentation, d'autres éléments, spécifiquement demandés au niveau dudit RGD, sont cherchés, observés et discutés avec les prestataires.

Afin de faire le lien avec l'indicateur lié au suivi de la douleur, l'équipe en charge du contrôle regarde toujours si, au moment où une chute est identifiée, un suivi de la douleur est réalisé. Malheureusement, cette (bonne) pratique n'a pas pu être identifiée dans une majorité des cas et se retrouve dans les mauvais scores de l'indicateur « suivi de la douleur ». Si une question ou observation est faite au moment de la chute, elle est peu souvent « cotée » à ce moment-là, rendant impossible l'identification et le suivi formalisé. Cependant, seul un suivi formalisé permettra de voir si un antalgique est à proposer ou si un dosage d'antalgique existant est à adapter (sous réservé bien entendu que le médecin traitant ait prévu une telle prescription conditionnelle, « en cas de besoin »), le cas échéant en évaluant les effets de la thérapie mise en place.

3.4 Futurs recensements

Le recensement pour l'année 2022 aura lieu au premier trimestre 2023.

Le recensement pour l'année 2023 aura lieu au premier trimestre 2024.

L'UQC fait évoluer son outil utilisé lors des contrôles de documentation afin d'identifier, outre l'enregistrement de la chute, si un suivi lié à une rechute est en place. Si grâce à la nouvelle donnée

recensée (cf. nombre de personnes ayant chuté), on peut estimer en moyenne un taux de rechuteurs, cette donnée doit être complétée et affinée, en premier lieu, lors des observations effectuées pendant des contrôles.

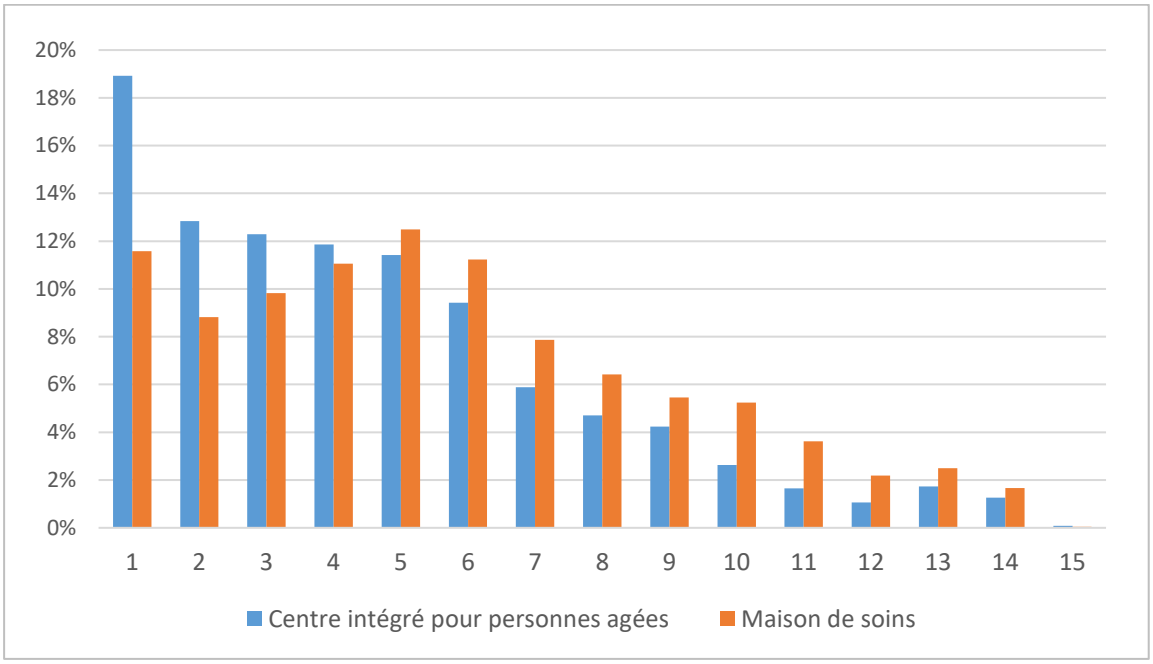
3.5 Conclusion partie « Chutes »

Grâce aux trois recensements effectués, c'est-à-dire pour les années 2019, 2020 et 2021 et au complément d'information demandé depuis 2020, la consolidation des données réaffirme certaines observations présentées dans le premier rapport biennal.

La prévalence moyenne des chutes (en moyenne 2 chutes par personne dépendante) est plus élevée pour les personnes prises en charge dans les établissements à séjour continu (MDS et CIPA) par rapport à celle des personnes suivies à domicile ou prises en charge en établissement à séjour intermittent.

Dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (ESC), on constate que le nombre moyen de chutes est quasi identique dans les CIPA et les MDS.

Les personnes en CIPA ont généralement un niveau de dépendance moins élevée qu'en MDS (cf. graphique ci-dessous) et peuvent être plus mobiles, présentant alors potentiellement un risque de chute plus élevé ; cependant, cela ne semble pas faire de différence notable.



Graphique 15 : Niveau de dépendance toutes synthèses transférées 2019-2021 - Différence CIPA-MDS

Le recensement à domicile présente quant à lui le taux le plus bas (0,55 chutes en moyenne par personne dépendante), alors que l'on pourrait penser que les personnes dépendantes à domicile, plus mobiles, dans un environnement parfois moins sécurisé ou adapté qu'en établissement, seraient plus susceptibles de chuter. Cependant, le recensement des chutes peut être difficile pour le prestataire. L'identification de la chute et la sous-estimation de sa gravité font que les proches et les personnes dépendantes elles-mêmes peuvent minimiser l'importance d'informer le prestataire, qui est tributaire de ce qui lui sera reporté pour enregistrer une partie des chutes. C'est pourquoi un effort de sensibilisation pour reporter une chute de la part des personnes prises en charge et leurs proches est nécessaire.

Le recensement annuel des chutes va continuer, mais il conviendra de voir dans quelle mesure, grâce aux discussions et grâce à la collaboration avec les prestataires, cet indicateur ne pourrait pas être complété afin d'amener une homogénéité dans le suivi de la chute. De nombreux prestataires

possèdent une fiche de suivi ou de déclaration d'événement. Il pourrait être pertinent de s'assurer que cette fiche de suivi devienne une réalité pour tous les prestataires et que chacun renseigne un set minimum d'informations, encourageant ceux dont l'enregistrement est moins développé à davantage formaliser la chute, et de fait, mieux la connaître.

L'évaluation et l'enregistrement de la gravité de la chute en raison de la cause, de ses conséquences et de son caractère répétitif (au moins 2 sur les 12 derniers mois) apporteraient de la nuance dans des chiffres s'attelant à la prévalence seule.

Favoriser la mobilité tout en accompagnant la personne dépendante, en incluant les proches dans ce processus et « accepter » des chutes, est un objectif qui demande une réelle politique de prévention et nécessite une stratégie commune de l'ensemble des acteurs évoluant autour de la personne dépendante: des soignants aux responsables des cuisines, en passant par les thérapeutes, sans oublier un environnement architectural favorable.

La prise de conscience de l'aspect multifactoriel de la chute et de tous les éléments influant sur le processus n'est, peut-être, à ce jour pas assez répandu. Les troubles visuels et auditifs, les moyens de chaussage, la masse musculaire, la force, les effets des médicaments, etc… sont autant d'éléments qui sont à prendre en compte et qui font également sens avec les autres indicateurs de qualité présentés dans la suite de ce rapport.

Comme il est détaillé dans la partie dédiée aux contrôles de documentation, un effort est à faire dans l'identification des facteurs de risque et les risques eux-mêmes. Seule une prise en charge basée sur la connaissance et la diminution, lorsque c'est possible, des facteurs pré-disposants, mais aussi des facteurs précipitants, aura une influence sur la prévalence et la gravité des chutes, tout en prévenant le risque de récidive.

Les stratégies de diminution du risque doivent se baser sur l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance dans le cadre des actes liés à tous les domaines des actes essentiels de la vie (AEV), mais aussi sur les activités d'appui à l'indépendance et les aides techniques. Favoriser la mobilité, adapter le recours à certains médicaments (psychotropes par exemple), favoriser une alimentation adaptée aux besoins pour éviter les risques de dénutrition (causant la perte de masse musculaire) ou les prises trop importantes de poids pouvant diminuer la mobilité, sont autant d'actions qui, dans le cadre de l'assurance dépendance et en général dans la politique de santé publique, sont à favoriser.

Dans ce contexte, et dans le cadre d'une politique de prévention plus large, des actions de sensibilisation, voire de formation, notamment pour apprendre à se relever après la chute et éviter un positionnement au sol prolongé, peuvent également être envisagées dans l'éventail des mesures à mettre en œuvre auprès d'une population mobile mais potentiellement à risque, notamment à domicile.

4. Indicateur poids – suivi nutritionnel

4.1 Introduction « Suivi nutritionnel »

Le suivi nutritionnel est un des indicateurs de la qualité définis dans l'art. 8 du RGD du 13 décembre 2017 déterminant les indicateurs de qualité de la prise en charge et recensé par l'AEC en tant que : « *nombre de personnes dépendantes dont la documentation informe d'un suivi du poids et de son évolution dans le temps par une prise du poids régulière et au moins une fois par mois* ».

L'AEC recueille, dans le cadre du contrôle de qualité de la documentation, les informations liées à cet indicateur.

Les troubles nutritionnels, la dénutrition et la malnutrition peuvent avoir de multiples effets sur la santé physique, psychique, affective et sociale.

La mesure du poids et son suivi régulier sont des informations pertinentes, représentant l'étape initiale essentielle dans le cadre du dépistage des troubles nutritionnels pour garantir une prise en charge de qualité.

En effet, une diminution de l'indice de masse corporelle (IMC) est possiblement un signe de dénutrition. La définition de la dénutrition est un état pathologique résultant d'apports nutritionnels insuffisants au regard des dépenses énergétiques de l'organisme. Lorsque les apports sont inadaptés en plus d'être insuffisants on parle de malnutrition. Le diagnostic repose sur l'observation des variations du poids d'un individu. Les valeurs admises pour l'estimation de la dénutrition sont pour une personne adulte (18-69 ans) un IMC inférieur à 18,5kg/m^2 et pour une personne âgée (70 ans et plus) un IMC inférieur à 21kg/m^2.

De plus, une perte de poids supérieure à 5% en un mois ou supérieure à 10% en six mois signe la dénutrition, alors qu'une perte de poids supérieure à 10% en un mois ou supérieure à 15% en six mois détermine une dénutrition sévère. L'augmentation importante du poids peut également être problématique.

Une augmentation de l'IMC signale un surpoids ou une obésité (surpoids = IMC supérieur ou égal à 25kg/m^2 et inférieur à 30 / obésité = IMC supérieur ou égal à 30kg/m^2).[13]

Une augmentation rapide de l'IMC peut être un signe de l'aggravation d'une insuffisance cardiaque ou d'une insuffisance hépatique grave qui se traduit par une accumulation de liquides dans le corps sous forme d'œdèmes ou de liquide pleural ou péritonéal. Une prise de poids rapide supérieure à 1,5kg par jour doit être un signe d'alerte.

Outre la détection des risques de dénutrition ou malnutrition, connaître le rapport de la personne à la nourriture et à son hydratation permet de s'assurer de lui proposer une prise alimentaire adaptée certes à ses besoins physiologiques, mais aussi adaptée au mieux à ses habitudes ou sa culture. L'alimentation doit rester un plaisir, apportant les apports nécessaires et participant tant à la santé qu'au bien-être de la personne.

Cet indicateur est une mesure indirecte de la qualité de prise en charge de la personne dépendante.

Une perte ou une prise de poids ne signifie pas forcément que le prestataire ou l'aidant n'a pas été présent pour soutenir et accompagner la personne, mais aide, si un suivi est réalisé, à détecter un problème, à s'interroger sur les effets et causes, le cas échéant, d'une alimentation et hydratation non adaptées et à mettre, si possible, en place des actions.

4.2 Résultats « Suivi nutritionnel »

Lors des contrôles de documentation, l'UQC regarde si un suivi pondéral est assuré.

POIDS	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Poids actualisé	100	96,9	61,7	100	**89,6%**
Suivi régulier au moins 1x/mois	93,2	81,3	39,4	91,7	**76,4 %**

Tableau 16 : Pourcentage de dossiers où la documentation informe sur le suivi du poids

Dans le cadre du contrôle de qualité de la documentation, l'AEC a identifié que pour 89,6% des dossiers contrôlés, la documentation informe sur le poids actualisé de la personne dépendante. Dans les MDS et ESI, ceci est valable pour tous les dossiers et dans les CIPA pour 96,9%. Dans les RAS, cette information n'était disponible que dans 61,7% des dossiers.

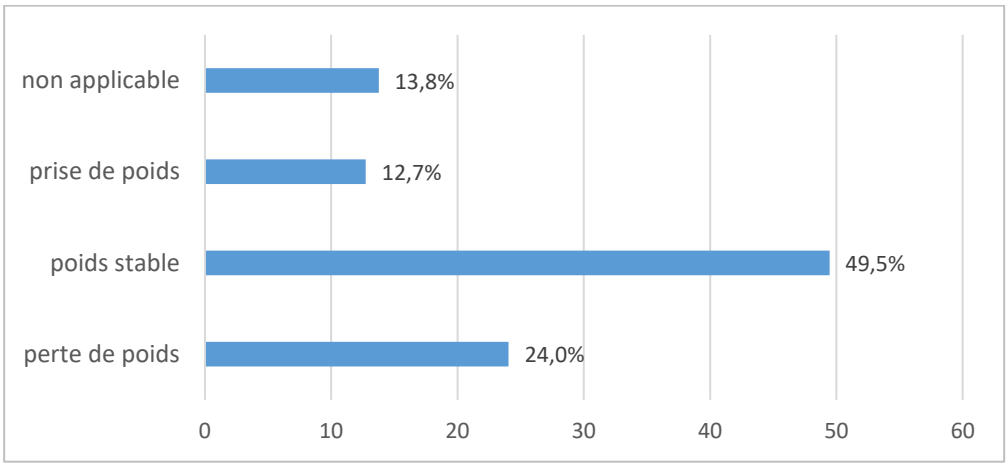
[13] Source : OMS, Obésité et surpoids, 2020 - https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Quant au suivi régulier du poids, les résultats sont similaires, avec environ 90% des dossiers contrôlés où la pesée a été effectuée au moins mensuellement dans les MDS et ESI, 81,3% dans les CIPA, mais seulement 39,4% dans les RAS.

Les RAS ont exprimé leurs difficultés à peser les personnes au domicile. L'absence de matériel, la non intervention dans les actes de nutrition, l'aspect « trop médical » du suivi évoqué par certains bénéficiaires ou aidants, le refus de la pesée, et l'absence d'habitude ou de procédure interne spécifique sont autant de raisons qui ont été données pour justifier cette absence de suivi et de régularité.

Lors des contrôles de documentation, l'UQC recense également le type de variation pondérale à savoir :

- le maintien du poids ;
- la perte de poids ;
- la prise de poids au cours des 6 derniers mois ;
- ainsi que le nombre de personnes où la variation pondérale n'a pas pu être identifiée.

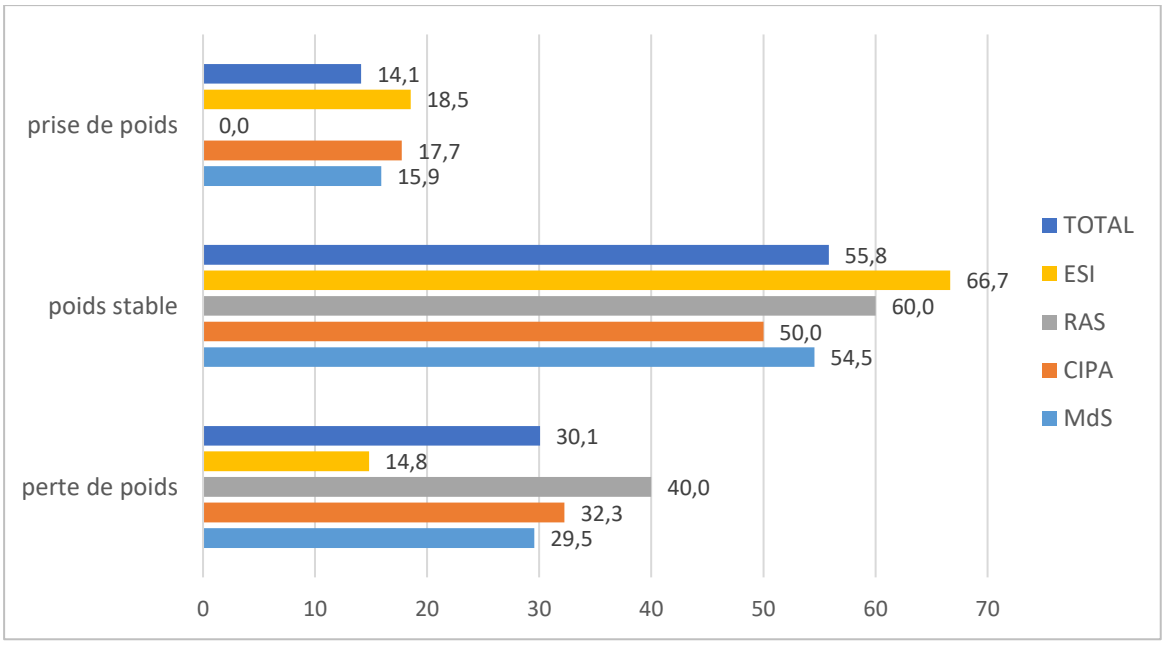


Graphique 16 : Répartition des dossiers contrôlés selon le résultat de la mesure du poids sur les 6 derniers mois parmi tous les prestataires, exprimée en %

Dans 13,8% des dossiers contrôlés, ni une variation pondérale sur les 6 derniers mois a pu être identifiée (perte de poids ou prise de poids), ni un poids stable (cela correspond aux « non applicable » dans le Graphique 16).

Cette donnée signifie que la personne concernée n'a pas été pesée dans les 6 derniers mois ou encore qu'il manque une pesée de référence et d'autres mesures qui permettraient d'identifier la variation pondérale.

Le graphique suivant s'attarde sur les 86,2% où un suivi pondéral était indentifiable et permet donc une classification de la variation pondérale : cela correspond à tous les dossiers contrôlés avec exclusion des « non applicables ».



Graphique 17 : Répartition de la variation pondérale sur les 6 derniers mois, exprimée en %, selon le type de structure, parmi tous les dossiers où une variation ou un poids stable ont pu être identifiés

La prise de poids est la variation la moins souvent identifiée avec 14,1%. Ce taux est le plus élevé en ESI avec 18,5%, suivi des CIPA avec 17,7% et puis des MDS avec 15,9%. Aucune prise de poids a été mesurée dans les RAS.

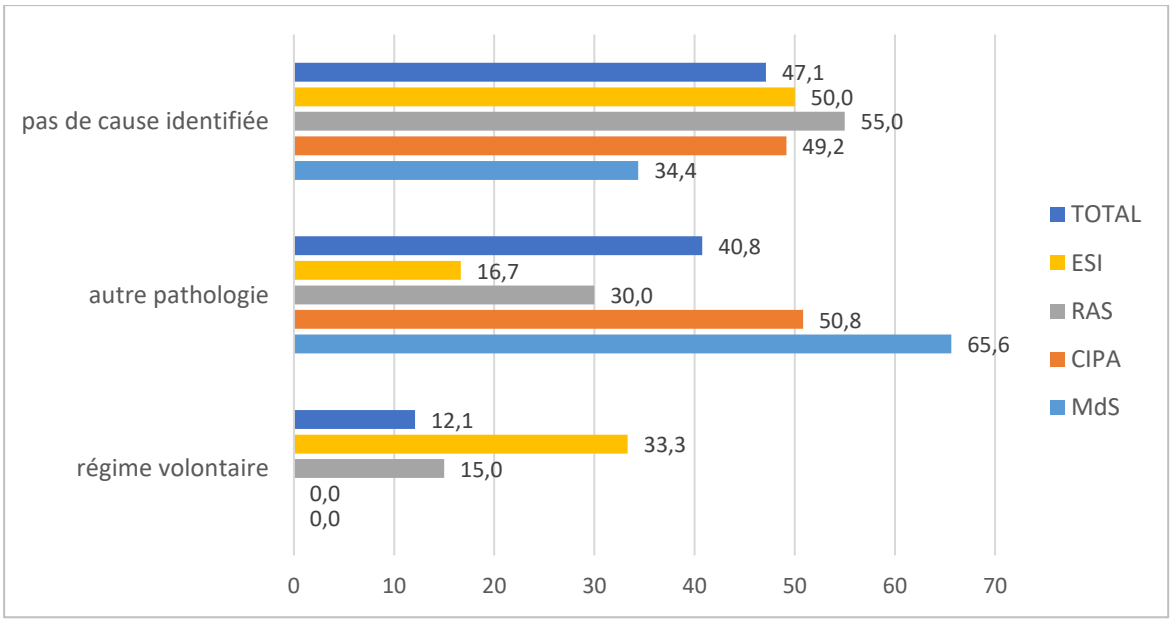
Le poids est resté stable sur les 6 derniers mois pour 55,8% des dossiers contrôlés qui sont à considérer. Ce taux est le moins élevé dans les CIPA (50%) et le plus élevé dans les ESI (66,7%).

Par contre, une perte de poids a été constatée pour presque un tiers (30,1%) des dossiers, et ceci le plus souvent dans les RAS avec 40% et le moins souvent dans les ESI avec 14,8%. Les CIPA et les MDS présentent des résultats similaires avec 29,5% dans les MDS et 32,3% dans les CIPA.

Pour les 24% de tous les dossiers contrôlés où une perte de poids a été mesurée (donc aussi ceux où la variation du poids sur les 6 derniers mois n'a pas pu être identifiée selon le Graphique 17 ci-avant), l'UQC a regardé si une cause a été renseignée pour cette variation et si oui, laquelle. Le graphique suivant reprend ces résultats en détail.

L'AEC classe les causes en quatre catégories :

- pas de cause identifiée ;
- pathologie néoplasique (celle-ci n'a été identifiée dans aucun dossier contrôlé présentant une perte de poids, c'est pourquoi elle n'est pas affichée dans le Graphique 18 ci-dessous) ;
- régime volontaire ;
- autre pathologie.



Graphique 18 : Répartition de la cause identifiée si perte de poids, exprimée en %, selon le type de structure

Pour presque la moitié (47,1%) des dossiers où une perte de poids a été mesurée, la cause médicale n'a pas pu être identifiée, diminuant les chances de mettre en place les actions adaptées à la situation. Ce taux est le plus bas dans les MDS avec 34,4% et le plus haut dans les RAS avec 55%.

Lorsque la cause est identifiée dans les dossiers contrôlés montrant une perte de poids, la cause la plus souvent indiquée est une pathologie autre qu'une pathologie néoplasique (comme p.ex. : Covid-19, maladie de Crohn, dépression, etc…).

Une « autre pathologie » a été identifiée comme cause dans 40,8% des dossiers et ceci le plus souvent dans les MDS avec 65,6% et le moins souvent dans les ESI avec 16,7%.

Pour les autres dossiers, la cause identifiée est un régime volontaire (12,1%). Dans les ESI, cette cause a été indiquée pour un tiers des dossiers (33,3%) et dans les RAS pour 15%. Dans les MDS et les CIPA, le régime volontaire n'a pas du tout pu été identifié comme cause pour la perte de poids.

4.3 Conclusion « Suivi nutritionnel »

Les troubles nutritionnels, la déshydratation et la perte protéique sont autant de facteurs qui peuvent altérer l'état général d'une personne à plusieurs niveaux et qui entrent en jeu dans le suivi des autres facteurs de risques. En effet, la dénutrition peut entraîner pour la personne des conséquences graves sur sa mobilité, elle peut également engendrer de la fatigue et une fonte musculaire réduisant les capacités motrices. Un risque plus élevé de chutes et la survenue de fractures peuvent malheureusement en être la conséquence. Sur le risque de développer des escarres, la dénutrition et surtout la perte protéique sont clairement des facteurs de risque complémentaires à l'immobilisation. Cependant, ces facteurs de risque peuvent être réversibles dans le développement des escarres, c'est pourquoi il est très important d'identifier et de gérer précocement la dénutrition.

Ces interdépendances montrent que si l'alimentation n'est pas à considérer comme un « médicament », elle contribue à maintenir un équilibre parfois fragile. L'alimentation et l'hydratation doivent apporter le capital nécessaire à une bonne santé, mais l'aspect « plaisir et social » de l'alimentation ne devra pas être négligé pour non seulement participer à la santé de la personne, mais aussi à son bien-être.

Les prestations de l'assurance dépendance liées à la nutrition prennent en compte l'importance d'aider et accompagner la personne dépendante à s'alimenter et s'hydrater en fonction de ses besoins. À ce titre, il est important de noter que les actes de nutrition sont présents sur les synthèses de prise en charge à hauteur de 67,1% en 2021 (67,3% en 2019 et 69,7% en 2020).

Les résultats des contrôles de documentation montrent que s'il existe un poids actualisé au moment du contrôle dans les ESI (100%) et les ESC (98,5%) et que ce suivi est très régulier dans ces structures, cela est loin d'être le cas à domicile où dans seulement 61,7% un poids actualisé était présent dans les dossiers contrôlés avec un suivi régulier dans 39,4% des cas.

Même si les conditions de suivi en établissement (ESC et ESI) sont facilitées, le secteur des soins à domicile doit trouver des solutions pour améliorer ce type de suivi vu qu'il s'agit d'une obligation légale. Ceci est d'autant plus important que, même en présence concomitante d'un aidant intervenant de façon régulière auprès de la personne dépendante, ce dernier ne se rend pas forcément compte de l'impact causé par ces troubles nutritionnels.

Enfin, si un suivi existe, il convient d'améliorer l'identification des causes et de mettre en place les actions correctives qui s'imposent, en étroite collaboration avec le médecin traitant de la personne. Pour près de la moitié des dossiers pour lesquels une perte de poids a été constatée, aucune cause n'a pu être identifiée.

Seuls un suivi régulier du poids et une identification améliorée des causes des variations pondérales pourront permettre la mise en place d'actions et de stratégies de prise en charge, en augmentant par exemple les apports protéiques ou en proposant des textures différentes de repas. Ces stratégies viseront à corriger les facteurs de risque identifiés en s'appuyant sur les actes et prestations du domaine de la nutrition, de l'hydratation et de la mobilité, mais aussi en abordant tous les domaines pouvant avoir un impact sur la prise alimentaire et hydrique.

L'état bucco-dentaire, les effets de certains médicaments ou de certaines pathologies (dégoût, agueusie, anosmie ou l'inappétence), l'impact de la présentation et du type de plat ou de la texture proposés, les conditions de prise des repas (sociabilisation, pollution sonore ou olfactive) sont autant d'éléments qu'il faudra également prendre en compte pour s'assurer que la personne s'alimente en fonction de ses besoins.

À cet égard, un groupe de travail vient de commencer ses réflexions afin de mettre à disposition des professionnels une fiche technique/guide qui permettra, dans ce domaine particulier aux interdépendances et impacts si importants sur l'autonomie, de :

- relever les points d'attention ;
- lister certains outils de dépistage et de suivi à disposition ;
- proposer des pistes pour améliorer le suivi de la personne dépendante.

Un accent sera mis sur le secteur des soins à domicile.

5. Indicateur douleur

5.1 Introduction « Douleur »

Dans le cadre du contrôle de la documentation de la prise en charge, l'UQC a recherché des résultats d'évaluation de la douleur dans la documentation à différents moment clés, permettant de répondre aux exigences de l'art. 6 du RGD du 13.12.2017[14].

[14] *Art. 6. En ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la douleur, le contrôle de la qualité des prestations vise à recenser les personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pour lesquelles l'évaluation de la douleur selon une échelle validée et adaptée aux spécificités de la population prise en charge est réalisée. La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur*.

- Dans le cadre d'un suivi « normal » d'une personne non algique : au moins un résultat de mesure de la douleur dans le dossier du patient non algique sera attendu pour pouvoir affirmer que la personne est en réalité non algique. Il convient en effet toujours d'avoir une référence, une base. Pour ces personnes, une évaluation dans le cadre des mises à jour des plans de soins/semaine type est conseillée mais ne doit pas faire l'objet d'investigations plus poussées.
- Par contre, des résultats d'évaluation de la douleur seront systématiquement recherchés dans le dossier de la personne algique, notamment avant la prise d'antalgiques et régulièrement tout au long de ce traitement, et en particulier à différents moments de la réalisation de certains AEV.
- En présence d'une escarre, l'évaluation de la douleur et son suivi sont systématiquement recherchés en raison des deux types de douleurs qui peuvent être présents : la douleur chronique souvent intense et liée à la plaie elle-même et/ou la douleur provoquée par les soins de la plaie, le renouvellement du pansement ou les manipulations. L'évaluation de la douleur à ces moments du soin prend alors tout son sens pour adapter les stratégies de soins et les traitements médicamenteux le cas échéant, en étroite collaboration avec le médecin traitant.
- Sur base du même principe et suite à une chute, l'évaluation de la douleur et son suivi sont également systématiquement recherchés. Il convient en effet d'évaluer la douleur au moment de la chute et à fréquence pertinente autour de cette chute pour adopter les stratégies ou thérapeutiques déjà en place, le cas échéant.

5.2 Résultats « Douleur »

En ESC et dans le cadre de la prise en charge par un réseau d'aides et de soins, près de la moitié des 193 personnes dont les dossiers ont été contrôlés pendant la période considérée sont algiques. En ESI, cette proportion de personnes est de 10,7%.

DOULEUR	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Personne déclarée algique	47,0	51,0	51,7	10,7	**40,1%**
Evaluation de la douleur sur base d'échelle	93,2	76,6	61,7	25,0	**64,1%**

Tableau 17 : Pourcentage de personnes algiques – Proportion d'utilisation d'échelle pour l'évaluation de la douleur

Parmi les 193 dossiers contrôlés, l'évaluation de la douleur se fait à 64,1% sur base d'une échelle, avec une pratique plus développée en MDS et CIPA. En RAS, près des 2/3 des personnes ont été évalué sur base d'une échelle.

Lors des contrôles des dossiers, l'UQC a constaté qu'il existe principalement 4 outils validés utilisés par les prestataires visités. Deux sont des outils d'auto-évaluation, c'est-à-dire que la personne dépendante est en mesure de coter ou d'effectuer une gradation de sa douleur. Les deux échelles utilisées sont l'EVS (échelle verbale simple) et l'EVA (échelle visuelle analogique).

Deux autres échelles d'hétéro-évaluation, c'est-à-dire que la cotation et gradation de la douleur se fait par un observateur (le soignant) sur base des informations/observations constatées, sont principalement utilisées auprès des personnes qui ne sont pas en mesure d'évaluer elles-mêmes leur douleur. Les deux échelles les plus utilisées sont Doloplus (échelle pour évaluer la personne ayant des troubles de communication verbale) et ECPA (échelle comportementale de la douleur chez la personne non communicante). Ces 4 outils sont des outils validés, largement utilisés par les soignants dans de nombreux pays.

DOULEUR	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Évaluation initiale par cotation	81,8	45,3	54,8	0	**45,5%**
Suivi régulier via cotation	67,4	42,2	57,2	7,1	**43,5%**

Tableau 18 : Pourcentage de dossiers où une évaluation initiale et un suivi régulier de la douleur ont été observés

Le renseignement systématique de la douleur est recommandé au début de la prise en charge. Cela doit faire partie de l'évaluation des risques généraux, à côté des autres risques pouvant avoir une influence tant sur l'autonomie de la personne que sur sa qualité de vie. C'est également à ce moment que doit être décidée une fréquence d'évaluation de la douleur, douleur qui sera ensuite réévaluée de façon régulière. La fréquence de suivi doit être adaptée au type et à l'intensité initiale de la douleur, à la personne, aux évènements qu'elle vit et doit faire l'objet de discussions avec le médecin traitant pour la mise en place d'un traitement antalgique le cas échéant, mais aussi pour adapter les dosages.

Si en MDS, cette évaluation initiale est réalisée dans près de 82% des cas, cette pratique est moins répandue en CIPA (45,3%) et RAS (54,8%) en début de prise en charge.

DOULEUR	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Traitement / médication anti douleur en place	93,2	80,0	57,1	41,7	**68,0%**
Thérapies / accompagnement alternatif antidouleur	68,5	31,1	11,1	16,7	**31,8%**

Tableau 19 : Pourcentage de dossiers où un traitement anti douleur a été mis en place

Alors que des traitements antalgiques sont largement utilisés en MDS et CIPA, il convient de remarquer que le suivi régulier via cotation n'est pas systématique (67,4% en MDS et 42,2% en CIPA). Le suivi régulier au sein des RAS a été retrouvé dans plus de la moitié des dossiers contrôlés (57,2%)

La prise en charge de la douleur par une stratégie ou des moyens non médicamenteux est davantage développée en CIPA, (68,5%) et MDS (31,1%). Sur l'ensemble des dossiers consultés, 32% montraient qu'il y avait une thérapie ou un accompagnement antalgique « alternatif ».

Les traitements non médicamenteux ont leurs limites et ne conviennent pas à tout le monde. Ils sont davantage complémentaires et la pluridisciplinarité est un élément clé pour cette prise en charge. Ils ont souvent une bonne acceptation des personnes et peuvent être associés entre eux (cf. installation antalgiques, plan de latéralisation, position idéale « semi-fowler » à 30° au lit, au fauteuil, matériel de positionnement, mais aussi certaines techniques manuelles comme le massage antalgique ou la pratique psycho-corporelle, la relaxation, le toucher thérapeutique, la musicothérapie, la sophrologie).

5.3 Conclusion « Douleur »

L'évaluation et le suivi régulier de la douleur sont encore trop souvent négligés ou reposent sur des critères purement empiriques, alors qu'un traitement antalgique est très souvent en place. Alors que les interactions médicamenteuses peuvent être néfastes et que certains dosages de produits, certes très efficaces sur la douleur et qui ont toute leur place dans la pharmacopée (par exemple morphiniques), peuvent avoir des effets secondaires importants, il est impératif, dès qu'une thérapie médicamenteuse existe (parfois même avec plusieurs molécules), qu'il y ait un suivi formalisé pour que les constats fassent partie des discussions avec le médecin traitant de la personne prise en charge. À domicile, l'aidant doit être impliqué dans le suivi et la prise en charge de la douleur, en lui expliquant comment il peut transmettre des informations aux soignants qui peuvent les interpréter et, le cas échéant, se positionner sur les thérapeutiques en place avec le médecin traitant.

L'effort de formation des professionnels autour de la douleur doit être promu. Les professionnels de santé doivent se référer aux bonnes pratiques et recommandations professionnelles.

Enfin, les résultats présentés, plutôt mauvais au sein des ESI, ne veulent pas forcément dire que le thème de la douleur n'est pas abordé. Il conviendra de se rappeler que la population au sein de ces structures peut être constituée de jeunes adultes, très mobiles, avec peu de pathologies ou problématiques de santé « autres » que leur handicap. De plus, en raison du suivi régulier et parfois au très long cours, il y a une bonne connaissance des attitudes, mimiques, positions, expressions verbales (logorrhée, type de cris, etc.) qui pourraient traduire une douleur. Les thérapeutes, soignants et éducateurs savent interpréter un changement de comportement qui pourrait traduire une douleur, alors que l'utilisation d'échelle peut être trop limitative pour ce type de population.

À ce titre, on pourra noter que des indications sur les types de changement de comportement pouvant traduire une douleur ont pu être retrouvés par exemple dans des fiches de transfert. On soulignera également une initiative intéressante dans le secteur du handicap où une collaboration entre les résidents d'un ESI et les soignants a conduit à développer un outil propre, en langage simplifié, qui peut être la base pour exprimer ou montrer quelle est sa douleur.

À l'instar du groupe de travail qui va aborder la meilleure des façons de soutenir les prestataires dans le cadre de l'indicateur poids, le suivi de la douleur avec notamment ses différentes composantes sera thématisé en groupe de travail.

6. Les contrôles de documentation

6.1 Organisation des visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats

Pour ce rapport biennal, les données des contrôles réalisés à partir du 2ème semestre 2020 ainsi que ceux de 2021 sont considérées.

Les contrôles réalisés lors du 1er semestre 2020 ont en effet déjà été pris en compte dans l'analyse du 1er rapport biennal.

Les résultats présentés dans cette partie se basent donc sur 49 visites de contrôle de documentation réalisées, représentant 193 dossiers de personnes dépendantes contrôlés.

Ces visites ont été réalisées la plupart du temps en binôme.

Le contrôle est annoncé plus ou moins 2 semaines à l'avance au prestataire moyennant l'envoi d'un courrier postal, mentionnant la date et l'heure à partir de laquelle l'équipe de l'UQC se présentera chez le prestataire. Le courrier fournit de plus des explications sur le déroulement du contrôle.

Le nom des personnes prises en charge dont les dossiers sont visés par le contrôle n'est en revanche pas communiqué à l'avance mais est communiqué au prestataire le jour de la visite.

L'objectif de ces visites de contrôle est d'apprécier la qualité de la documentation des aides et soins fournis du prestataire, tout en vérifiant la présence des différents contenus tels que définis dans le chapitre 1er du RGD du 13.12.2017 sur la qualité pour un échantillon de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance.

Afin d'organiser au mieux ce contrôle de documentation, l'UQC demande au prestataire de bien vouloir :

- mettre à disposition une salle ou un endroit calme pour s'installer et consulter la documentation des personnes concernées, indépendamment du support utilisé ;
- garantir l'accès au dossier informatique ou aux différents supports disponibles ;

- prévoir la disponibilité d'une personne qui sera en mesure de gérer la consultation des différents documents et supports et de répondre aux questions éventuelles sur la documentation des différentes données.

Le jour du contrôle proprement dit, l'UQC étudie la documentation relative aux bénéficiaires de l'assurance dépendance concernés. Elle demande également la génération des fiches de transfert, permettant une analyse de conformité, complétant le contrôle a posteriori.

Après avoir regardé les différentes documentations, l'AEC procède à un débriefing. À la fin de celui-ci, un feedback écrit, c'est-à-dire un rapport reprenant les constats faits par l'UQC de l'AEC, est envoyé à chaque prestataire dans les semaines après le contrôle.

L'ensemble des données est analysé selon les pratiques en vigueur et respecte les règles liées tant à la protection des données que celles liées au secret professionnel.

La présentation des résultats et analyses se décompose en différentes parties :

- les données administratives ;
- les données liées à l'état de santé ;
- le format de la documentation ;
- les activités d'appui à l'indépendance (AAI).

Ce découpage reprend l'organisation des rapports que l'UQC transmet aux prestataires après les contrôles effectués.

6.2 Résultats des contrôles

6.2.1 Données administratives

Ces données administratives sont détaillées dans l'article 1 du RGD du 13 décembre 2017 et se découpent en 3 catégories :

- identification de la personne dépendante ;
- soins et prise en charge thérapeutique ;
- admission en établissement et début de la prise en charge.

6.2.1.1 Identification de la personne dépendante

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Identification de la personne dépendante	95,6	93,5	93,1	99,3	**95,4**
Nom	100	100	100	100	**100**
Prénom / prénom usuel	100	100	100	100	**100**
Sexe	90,9	93,8	91,7	95,2	**92,9**
État civil	100	98,4	96,7	100	**98,8**
Date de naissance	100	93,8	98,3	100	**98,0**
Lieu de naissance	88,6	79,7	53,9	100	**80,6**
Adresse du lieu de vie de la personne dépendante	70,5	81,3	100	96,4	**87,0**
Numéro de chambre	100	93,8	100	100	**98,4**
Nom et adresse de la personne de référence de la famille / entourage de la personne dépendante	100	100	96,1	100	**99,0**
Numéro téléphone / email le cas échéant la personne de référence de la famille / entourage	100	100	97,8	100	**99,4**
Adresse et numéro de téléphone du représentant légal en cas de mesure de protection juridique	97,7	100	88,9	100	**96,7**

Tableau 20 : Résultats « identification de la personne dépendante », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Une photographie de la personne est souvent présente dans cette rubrique d'identification.

Ces données constituent les informations de base et sont en général très bien renseignées.

Deux éléments sont cependant plus souvent absents.

Il peut sembler par exemple étonnant que l'adresse du lieu de vie de la personne dépendante ne soit renseignée qu'à 70,5% dans les MDS et 81,3% dans les CIPA. Dans ces dossiers, c'est l'ancien lieu de vie qui se trouve renseigné. S'il est important de connaître cette donnée, il est important qu'elle soit alors identifiée comme telle et que le lieu de vie, que constitue l'établissement à séjour continu, soit aussi clairement identifié. Cet état de fait peut s'expliquer vu que, l'article 23 de la « Loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques, au registre national des personnes physiques, à la carte d'identité, aux registres communaux des personnes physiques » dispose que « *L'absence temporaire du territoire de la commune ne constitue pas un changement de résidence habituelle. (2) Sont considérés comme temporairement absents: (…) a) les personnes admises dans (…) les centres intégrés pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins ».* Cette « non identification » peut devenir problématique, car cette adresse est souvent celle reportée automatiquement, grâce au système de gestion informatisé des dossiers, sur la fiche de transfert.

Concernant le lieu de naissance, l'UQC rend attentif à cette donnée qui fait partie de la biographie de la personne prise en charge. Elle donne des informations sur le parcours de vie et sur la culture de la personne. Pour les personnes démentes, elle aide à comprendre certaines réminiscences. Elle peut aussi aider dans les cas de fugues, pour retrouver la personne qui irait vers son ancien domicile.

C'est au niveau des RAS que cette information est la moins présente (53,9%). Cette donnée peut être rapprochée du pourcentage retrouvé chez les RAS au niveau des renseignements sur les habitudes de vie (66,7%) (le plus bas parmi les quatre types de structures).

6.2.1.2 Identification administrative

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Identification administrative	97,2	91,0	75,0	79,6	**85,7**
Numéro de matricule	100	98,4	100	100	**99,6**
Caisse de maladie affiliée	100	100	71,7	100	**92,9**
Nom et coordonnées du ou des médecins traitants	100	100	90,0	78,6	**92,1**
Nom et coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge (intervenants externes)	88,6	65,5	38,5	40,0	**58,1**

Tableau 21 : Résultats « identification administrative », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

En plus du nom et des coordonnées du médecin traitant, les noms et coordonnées des médecins spécialistes sont souvent aussi présents dans les dossiers.

Il est important de pouvoir identifier toute personne autre que le personnel propre au prestataire qui intervient auprès de la personne dépendante. Il peut s'agir de kinésithérapeutes, pédicures/podologues, logopèdes, etc. Ces informations sont à rapprocher de la présence de rapport ou résumé de prise en charge par ces intervenants externes dans la partie 2.3. Il est à noter que si un nom ou prénom existe, par ex. kinésithérapeute Jean Toutlemonde de Dudelange, cet item est coté comme négatif.

6.2.1.3 Documents administratifs

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Documents administratifs	75,0	62,5	58,3	56,5	**63,1**
Copie du contrat de prise en charge signé	100	90,6	86,7	85,7	**90,8**
Synthèse de la prise en charge établie par l´AEC de l´assurance dépendance	50,0	34,4	30,0	27,4	**35,4**

Tableau 22 : Résultats « documents administratifs », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

<u>Concernant le contrat de prise en charge :</u>

L'UQC demande à consulter le contrat ou sa copie et s'assure, non pas du contenu, mais que ce contrat existe et qu'il est signé. Les pourcentages moins importants en RAS et ESI ne reflètent pas forcément le fait qu'aucun contrat n'existe. Il se peut que celui-ci n'était pas disponible au sein de l'antenne, du bureau ou de l'établissement contrôlé, mais qu'il était centralisé au niveau de la direction générale ou dans les archives parfois très anciens. L'UQC a demandé aux prestataires concernés de s'assurer de la présence, voire de la mise à jour de ce contrat.

<u>Concernant la présence de la synthèse détaillée :</u>

La décision, qui a valeur juridique, contient des informations spécifiques, car il s'agit d'une décision présidentielle susceptible de recours. La synthèse de prise en charge de l'AEC a par contre pour vocation d'informer, en détail, le bénéficiaire et son prestataire des prestations auxquelles l'assuré a droit. C'est pourquoi la synthèse de prise en charge reprend, au niveau des prestations accordées, l'acte en lui-même avec son intitulé, mais aussi le type et la forme d'aide.

Elle reste majoritairement absente, sauf lorsque le prestataire demande une copie au bénéficiaire ou à ses proches. Ce point a été abordé avec la COPAS, mais la période COVID n'a pas permis de finaliser les discussions à ce sujet. Les prestataires ont par contre toujours à disposition les niveaux et forfaits accordés ainsi que les prestations facturables tels que les gardes, formations et AAI.

6.2.1.4 Autres informations générales

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Autres informations générales	75,3	78,5	63,9	62,1	**69,9**
Langue dans laquelle la personne dépendante s´exprime habituellement	88,6	89,1	81,1	85,7	**86,1**
Rubrique permettant l'information sur une directive anticipée et/ou décisions liées à la fin de vie et à éventuelles limitations thérapeutiques	100	100	88,9	60,7	**87,4**
Existence d'une directive anticipée et/ou décisions liées à la fin de vie et à éventuelles limitations thérapeutiques	19,4	46,7	18,8	5,6	**22,6**
Informations sur les habitudes de vie de la personne dépendante	93,2	78,1	66,7	96,4	**83,6**

Tableau 23 : Résultats « autres informations générales », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Dans le contexte plurilinguistique luxembourgeois, l'information sur les langues parlées est évidemment primordiale pour une prise charge de qualité de la personne dépendante. Il est étonnant que cette rubrique ne soit pas renseignée à 100%.

Il est pertinent de pouvoir faire la différence entre la langue utilisée habituellement, mais aussi les langues parlées et les langues comprises. Une mention sur la langue maternelle, qui n'est pas forcément la langue utilisée pour communiquer avec le personnel, peut également compléter le niveau de détails.

Avoir quelques éléments sur les habitudes de vie peut être essentiel pour des personnes présentant des troubles du comportement ou troubles cognitifs. Respecter une routine ou un enchaînement d'étapes, ou ne pas utiliser un type de couleur sont parfois autant de détails, mais les prendre en compte peut aider la personne à se sentir mieux et/ou à éviter parfois des situations compliquées, ceci d'autant plus quand la personne se retrouve dans un environnement inconnu. Ces éléments amènent des informations sur des sujets qui lui tiennent à cœur ou qui peuvent aider à créer le contact ou à valoriser la personne (heure du lever, passion pour un loisir spécifique, etc.).

Ces habitudes de vie se retrouvent ou alors complètent une biographie qui rassemble certaines informations clés. Cela est particulièrement utile si différents soignants se succèdent au chevet de la personne ou si l'un d'entre eux doit se faire remplacer.

Dans les ESI, ces informations se trouvent le plus souvent très bien détaillées dans le « projet d'accompagnement spécialisé de la personne » (PASP), projet mis à jour tous les ans, ce qui permet une mise à jour régulière.

Les RAS doivent faire un effort sur le renseignement de ces informations, notamment vu qu'ils peuvent être amenés à prendre le relais de l'aidant, qui lui connaît bien ce type d'habitudes. Dans 70% (synthèses 2018-2021), il intervient en soutien d'un aidant et peut être amené à le remplacer au pied levé (indisponibilité de l'aidant en cas de maladie – hospitalisation par exemple).

Concernant les informations liées à l'existence d'une directive anticipée : il est important que les dossiers disposent d'un endroit dédié où un ensemble d'informations peuvent être enregistrées autour de la fin de vie, et c'est toujours le cas dans les dossiers en ESC. Cet endroit dédié doit aussi être utilisé pour consigner si le sujet "fin de vie" a déjà été discuté avec le bénéficiaire ou sa famille.

La présence d'une directive anticipée n'est bien entendu pas obligatoire. Cette information est donnée à titre indicatif.

L'UQC a eu des discussions intéressantes au sujet de la préparation de la fin de vie avec des professionnels qui se mobilisent de plus en plus pour aborder cette thématique, comme l'utilisation d'un langage simplifié ou la possibilité d'aborder cette thématique avec la famille du bénéficiaire. Le soutien de l'asbl Omega 90 est souvent demandé, et leur documentation largement utilisée.

6.2.1.5 Informations sur le début de la prise en charge

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Début de la prise en charge	87,5	74,2	81,9	71,4	**78,8**
Début de la prise en charge	100	100	100	100	**100**
Motifs du début de la prise en charge	75,0	48,4	63,9	42,9	**57,5**

Tableau 24 : Résultats « informations sur le début de la prise en charge », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Si la date du début de prise en charge est toujours présente, le motif de ce début d'intervention est davantage absent. Il est clair que ce genre d'information fait sens à proximité du début de prise en charge, c'est pour cela qu'il faudrait alors préciser depuis quand la personne est prise en charge pour peut-être s'émouvoir de l'absence de cette information.

Les motifs très généraux tels que « altération de l'état général » ou « nécessité d'un encadrement » n'apportent pas d'informations pertinentes. L'UQC insiste sur cette information, car en début de prise en charge, cela peut aider à comprendre des attitudes ou comportements envers le personnel ou les proches. Cette donnée fait partie intégrante de la « biographie » de la personne et il est important d'être alors attentif au renseignement plus fourni de cette information pour les nouvelles ou futures personnes prises en charge.

6.2.1.6 Informations sur les aides techniques

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Listing de l'ensemble des aides techniques à disposition de la personne dépendante	100	93,8	67,8	96,4	**89,5**

Tableau 25 : Résultats « informations sur les aides techniques », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Au sein des établissements, ces informations sont présentes dans la quasi majorité des dossiers contrôles. La plupart du temps, la liste des aides techniques se trouve dans le dossier individuel de chaque personne dépendante et il existe aussi une liste générale gérée soit au niveau de la direction de soins soit au niveau de l'équipe des thérapeutes.

Par contre, dans le cadre d'une prise en charge à domicile, cette information est absente dans un tiers des dossiers contrôlés. Dans ces dossiers, l'information est totalement absente ou alors le prestataire n'a recensé que les aides techniques qu'il utilise dans le cadre de ses interventions, mais pas toutes celles à disposition du bénéficiaire. Outre le fait que les aides techniques utilisées font partie intégrante

des soins, le prestataire pourrait, grâce à cette information, participer au système de récupération afin de garantir la remise en circulation des aides techniques non utilisées pouvant alors être utilisées par d'autres bénéficiaires.

6.2.2 Résultats concernant l'état de santé de la personne

6.2.2.1 Santé actuelle et antécédents

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Santé actuelle et antécédents	88,6	78,1	72,6	97,0	**84,1**
Maladies chroniques, maladies transmissibles et facteurs de risques	93,2	90,6	71,7	95,2	**87,7**
Limitations physiques	93,2	64,1	69,4	96,4	**80,8**
État des fonctions cognitives (orientation spatiale et temporelle) et éventuels troubles du comportement	77,3	64,1	51,1	96,4	**72,2**
Rubrique allergies et intolérances médicamenteuses et alimentaires	90,9	93,8	98,3	100	**95,7**

Tableau 26 : Résultats « santé actuelle et antécédents », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

<u>Maladies chroniques, maladies transmissibles et facteurs de risques</u>

Les maladies et/ou facteurs de risques peuvent être renseignés sous forme de diagnostics, mais pas obligatoirement.

Même si les médecins gèrent leur propre documentation, il est bien entendu souhaitable que le médecin et le personnel soignant communiquent dans l'intérêt du patient et dans le respect des règles du secret partagé.

Cette coordination semble plus aisée s'il y a des partenariats spécifiques entre un/des médecin(s) et un prestataire dans un établissement (p. ex. : collaboration selon le contrat d'agrément formalisant la collaboration entre les médecins et les établissements ou toute autre collaboration formalisée).

Ce type de collaboration peut être plus compliqué à domicile.

La mise à jour constitue parfois un défi; cependant, l'UQC a pu mettre en évidence par exemple que les rapports d'hospitalisation, s'ils ont été portés à la connaissance du personnel soignant par le bénéficiaire, constituent un bon moyen de mettre à jour les connaissances les plus actuelles sur l'histoire de la maladie et pathologies de la personne dépendante.

<u>État des fonctions cognitives/éventuels troubles du comportement & limitations physiques</u>

La description des limitations physiques a tendance à se focaliser surtout sur les limitations présentées au niveau des membres inférieurs. Cependant, une description complète est nécessaire afin de s'adapter aux besoins spécifiques en n'oubliant pas les limitations articulaires ou de force musculaires des membres supérieurs. Les soucis liés à la préhension fine, ayant un impact parfois important sur l'autonomie pour réaliser certains AEV, ne sont pas à négliger et doivent être décrits tout autant que les limitations ayant des impacts plus « spectaculaires », car causant notamment des difficultés à la marche.

Depuis le précédent rapport biennal, l'UQC a intégré dans le rapport de contrôle au prestataire un résumé de ses attentes, mais aussi et surtout ce qu'elle estime comme essentiel dans cette rubrique sur les rapports de contrôles diffusés aux prestataires.

Remarques AEC (Paragraphe inclus dans le rapport de contrôle)

Les éléments participant à la description des fonctions physiques, psychiques et cognitives, attendus par l'AEC, sont:

• Limitations physiques: position debout/assise, marche et périmètre+ diminution vitesse et distance, force des membres inférieurs et supérieurs, force des mains et motricité fine, mobilité et rotation des différentes articulations (épaule, tête, hanche, …), capacité à se pencher, etc…

• Fonctions cognitives: attention et concentration, mémoire, orientation spatiale et temporelle, langage et fonctions exécutives (ex.: planification), capacités sociales, communication (expression et compréhension), perception de l'environnement, des objets et des personnes, etc…

• Fonctions psychiques: confusion, pulsions, comportement, humeur, peur et anxiété, dénis, influence sur les actions, la résolution de problèmes, les actions routinières, le raisonnement et la prise de décision.

C'est en effet sur base de ces informations, des limitations connues et des problématiques détectées et régulièrement évaluées, c'est-à-dire de cette anamnèse, que le prestataire pourra décider de sa planification de soins et des différentes interventions, passages et types d'activités à mettre en place. La semaine-type doit découler du recueil et de la compilation de ces informations.

Un effort est à fournir par tous les prestataires afin d'augmenter la qualité, la quantité et la pertinence des informations liées aux descriptions de l'état de santé et des besoins de la personne dépendante.

Un investissement en début de prise en charge afin de bien cerner la personne, avec une réévaluation des premiers constats réalisés, n'est pas un investissement vain. Si la documentation des informations est importante dans les premières semaines de prise en charge, il s'agira ensuite de procéder à des ajouts ou mises à jour à une fréquence pertinente et adaptée.

La problématique du domicile, avec des constats parfois moins aisés car les interventions ne se font pas dans tous les domaines, sera à aborder. Le recueil de données, à faire avec le bénéficiaire et son aidant, se doit d'être plus complet, et notamment du début de prise en charge.

Enfin, des résultats de tests ou échelles ne sont pas suffisants pour décrire les limitations de la personne. Ils donnent des indications, mais ne décrivent pas les impacts dans le quotidien de chaque individu. Ils complètent l'image de la personne. L'utilisation d'échelles et la passation de tests est un bon moyen pour rendre compte de façon chiffrée et factuelle de certaines variations, mais seule une description concrète de la manifestation des problèmes et des limitations, étayée par des résultats et scores, fournit une vue d'ensemble des limitations de la personne et donc des besoins que le prestataire doit couvrir.

La description des troubles cognitifs et psychiques ainsi que leurs conséquences sont à améliorer pour avoir une image complète de la personne. Il est triste de voir que ces descriptions sont trop peu détaillées et incomplètes, alors que la population notamment en MDS et CIPA est particulièrement sujette à des troubles cognitifs avec des impacts et des manifestations de ces troubles très individuelles. À domicile, les descriptions des limitations de la personne dépendante sont trop souvent focalisées sur les problèmes physiques. Même si le recueil de données et l'observation au long cours

de la personne sont moins faciles, les descriptions des limitations psychiques et cognitives et leurs impacts sont à compléter, en incluant le plus possible l'aidant.

C'est dans les ESI que les descriptions des troubles, limitations et impacts sur le comportement et le quotidien de la personne sont les plus complètes. Ceci s'explique certainement par la nécessité de présenter un « projet d'accompagnement socio-pédagogique personnalisé » (PASP), mais démontre également une connaissance plus complète et globale des besoins de la personne prise en charge.

À cet égard, l'UQC s'est permis à plusieurs reprises d'inviter les ESC à se mettre davantage en relation avec les structures et prestataires du secteur du handicap qui ont parfois une vision plus globale, moins centrée uniquement sur les problèmes « physiques », en vue de mieux cerner l'impact principal du handicap mental et troubles du comportement au sein d'une population souvent mal ou non communicante.

Si le type de population est différent, les outils, les techniques observationnelles, le recueil de données et les points d'attention peuvent être source d'inspiration notamment pour renforcer les informations à recueillir auprès de la personne souffrante de troubles cognitifs, en perte de repères, développant des troubles de comportement parfois importants et devenant parfois aussi non communicante.

Cette confrontation des pratiques peut également être intéressante dans l'autre sens, vu que les personnes en situation de handicap ont de nos jours la plupart du temps une espérance de vie se rapprochant de celle de la population générale. Ces personnes en situation de handicap, parfois prises en charge par les prestataires depuis leur plus jeune âge, présentent donc au fil du temps les pathologies et limitations du 3ième age et « glissent » vers une population gérontologique.

Allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires

Une rubrique est clairement identifiée dans les dossiers de soins. Les allergies médicamenteuses ont toujours été retrouvées et sont en général reprises sur la fiche de médication. Des pictogrammes, des « alertes » ou des systèmes de couleurs peuvent également être utilisés dans les différents onglets de la documentation.

6.2.2.2 Thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles)

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Thérapies médicamenteuses en cours	95,8	90,4	70,5	86,2	**85,7**
Nom du prescripteur	100	100	56,7	100	**89,2**
Date de prescription	100	98,4	61,7	100	**90,0**
Forme galénique des médicaments	97,7	76,6	78,3	42,9	**73,9**
Dosage des médicaments	90,9	79,7	81,7	71,4	**80,9**
Fréquence d'administration	100	100	85,0	100	**96,3**
Personne administrant les médicaments	90,9	93,8	85,0	100	**92,4**
Gestion par prestataire	90,9	84,4	45,0	89,3	**77,4**

Tableau 27 : Résultats « thérapies médicamenteuses en cours », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Les médicaments sont généralement gérés via un système de fiche ou une grille de suivi des traitements médicamenteux, qui reprennent dans la grande majorité les informations demandées.

Même si cela ne fait pas partie du périmètre de l'AEC, il a cependant été constaté qu'il existe parfois une liste importante de médicaments au long cours, mais aussi une liste importante de médicaments à administrer au besoin (plusieurs dosages, plusieurs formes, la même molécule). Ceci n'est bien entendu pas étonnant, vu que la population gérontologique présente souvent de multiples pathologies nécessitant des traitements spécifiques.

À domicile, si la médication est gérée par le demandeur ou son entourage, le prestataire n'a pas toujours l'information sur les médicaments et le médecin qui les a prescrits. Cependant, un effort doit être réalisé à ce sujet pour améliorer le suivi et la compréhension des problèmes de la personne dépendante. Cela permettra de plus d'identifier, le cas échéant, des points à aborder pour adapter le suivi, notamment au niveau des paramètres vitaux ou différents risques liés à la consommation de certaines molécules prises isolément (antihypertenseurs, psychotropes, diurétiques, etc.) ou combinées à d'autres. Les médicaments gérés par la personne elle-même sont à renseigner comme ceux gérés par le prestataire (= médecin prescripteur/fréquence/dosage/au besoin, etc.) avec une mise à jour régulière.

6.2.2.3 Suivi médical et thérapeutique

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Suivi médical et thérapeutique	91,8	78,8	39,8	83,3	**73,4**
Mesure des fonctions vitales (SatO2, Pression artérielle, Fréquence cardiaque, T°C) selon les besoins de la personne dépendante	100	84,4	73,3	100	**89,4**
Résultats d´examens et d´analyses médicales récents	97,7	98,4	30,6	100	**81,7**
Résumé/explications de l´intervention des intervenants externes (kinésithérapeute, orthophoniste, etc.)	77,8	53,6	15,5	50,0	**49,2**

Tableau 28 : Résultats « suivi médical et thérapeutique », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Les paramètres vitaux tels que la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, la température et autres comme la glycémie sont suivis à l'aide de grilles ou de fiches en fonction des besoins de la personne dépendante. L'UQC a eu de nombreuse discussions à ce sujet, même si cela dépasse son périmètre. En effet, la nécessité d'avoir une prescription médicale pour le suivi de certains paramètres a été abordée par plusieurs prestataires. L'UQC est d'avis que le prestataire, notamment s'il gère l'administration des médicaments, doit tout de même mettre en place certains suivis avec une fréquence adaptée et raisonnée, même si cela n'est pas prescrit par un médecin.

Ce point pourrait faire l'objet de discussions transversales, car il illustre la limite ou les frontières entre les actes infirmiers de l'assurance maladie et le forfait infirmier, attribué quotidiennement à chaque personne dépendante, quel que soit le type d'acte ou de suivi infirmier réalisé.

Lors de la pandémie COVID-19, la prise de température faisait partie des paramètres relevés chaque jour et était retrouvée dans tous les dossiers contrôlés.

<u>Concernant les résultats d'analyses</u>

Il est intéressant de noter que plusieurs prestataires ont des partenariats avec des laboratoires d'analyses médicales, leur permettant d'avoir un accès sécurisé aux résultats d'analyses de leurs

patients avec un historique des résultats d'analyses précédentes. Les informations sont parfois retranscrites ou mises sous forme de PDF dans le dossier de soins de la personne dépendante prise en charge, ou alors tout est conservé sur la plateforme mise à disposition par le laboratoire. Des formes mixtes existent aussi. Ces échanges sont à pratiquer dans le respect des règles et procédures en vigueur dans le cadre de la protection des données. À domicile, c'est le patient qui reçoit directement ses résultats d'analyses et le RAS n'a pas forcément accès à ces informations. Le contact médecin – RAS pourra se faire notamment en cas de valeurs et de résultats problématiques.

Présence d'informations fournies par des intervenants externes

Le problème de la coordination autour de la personne dépendante se matérialise ici dans l'absence de données, résumés ou explications sur l'intervention d'intervenants externes dans un nombre non négligeable de cas et particulièrement à domicile. Cependant, à partir du moment où il existe une action de soins ou une thérapie concernant une personne dépendante, le prestataire doit s'assurer de l'enregistrement de ce suivi. Les intervenants externes ont certainement une documentation qui leur est propre, mais il est important que le prestataire demande une trace de ce type d'intervention dans le sens où les objectifs de prise en charge, les moyens et les résultats sont à décrire, afin d'adapter en conséquence les interventions et/ou les activités (notamment AAI) prévues.

6.2.2.4 Hospitalisations

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Hospitalisations	92,5	93,6	68,0	100	**88,5**
Dates des hospitalisation au moins des 2 dernières années	92,5	93,8	82,8	100	**92,3**
Motif(s) d´hospitalisation	100	93,8	70,0	100	**90,9**
Rapport(s) d´hospitalisation transmis par l'établissement hospitalier	85,0	93,3	51,1	100	**82,4**

Tableau 29 : Résultats « hospitalisations », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

On remarquera qu'on trouve toujours très facilement les dates d'hospitalisations dans les structures de type établissement, car il existe chez toutes les entités contrôlées un listing des « absences » ou des « entrées/sorties » qui renseigne les types d'absence et donc les hospitalisations. Ce type de listing est souvent lié à la facturation, étant donné que les « absences » ou « entrées/sorties » ont un impact direct sur les prestations qui seront mises en compte à l'organisme gestionnaire. Ce listing pourrait comporter le motif d'hospitalisation : cela serait en effet une façon très simple et condensée d'avoir accès à cette information.

On pourra retrouver le motif ailleurs dans la documentation, comme par exemple dans les transmissions (difficulté de retraçage) ou alors dans l'historique médical.

Alors qu'ils sont parfois manquants, si ces rapports de sortie sont accessibles et transmis suite à l'accord du patient/tuteur, ils restent encore majoritairement en version papier, constituant parfois la seule information renseignée en dehors de la documentation informatisée, nécessitant un recopiage de la part des soignants qui souhaitent disposer d'une centralisation des informations. C'est dans les cas du suivi à domicile que les rapports ou informations liés aux motifs d'hospitalisation sont plus difficilement retraçables (dans la moitié des dossiers concernés – 51,1%).

6.2.2.5 Activités d'appui à l'indépendance

Les activités d'appui à l'indépendance sont accordées entre autres pour maintenir l'autonomie restante pour la réalisation des actes essentiels de la vie. Un accent particulier a été mis sur les obligations des prestataires en matière de documentation dans l'article 40 de la « Convention-cadre ».

Le prestataire a l'obligation de tenir à jour une documentation des soins, par laquelle le prestataire établit l'ensemble des données significatives relatives à la personne dépendante dont il assure la prise en charge, telle que prévue à l'article 387bis du Code de la Sécurité Sociale (CSS) et par règlement grand-ducal. La documentation de la prise en charge concernant les AAI contient une description des objectifs de cette prise en charge, objectifs qui sont en rapport avec les AEV, ainsi que des moyens choisis pour les atteindre. Cette documentation informe également si la prise en charge devrait s'effectuer en groupe ou en individuel pour atteindre les objectifs précités.

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Activités d'appui à l'indépendance	79,2	57,2	52,7	75,0	**66,1**
Activités réalisées	93,2	82,8	54,4	95,8	**81,6**
Moyens/méthodes/concepts décrits	93,2	75,6	70,4	91,7	**82,7**
Objectifs de la prise en charge des activités présents / identifiés	90,9	56,7	63,9	70,8	**70,6**
Objectifs en lien avec les AEV	63,6	47,8	64,8	66,7	**60,7**
Présence démarches de suivis ou évaluation des résultats	55,3	23,3	10,2	50,0	**34,7**

Tableau 30 : Résultats « activités d'appui à l'indépendance », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

On remarquera que les objectifs de prise en charge des AAI ne sont présents que dans 70% des dossiers. Des objectifs en lien avec les AEV ont pu être clairement identifiées pour 61% des dossiers avec une activité objectivée. Il est regrettable de remarquer que l'UQC n'a pas été en mesure de retrouver une information dans la documentation présentée, lui permettant d'affirmer que les activités proposées et même identifiées comme telles, dans la semaine-type, étaient bien des AAI.

Par ailleurs, dans le cas où la semaine-type ne se base que sur les actes listés dans la synthèse de prise charge de l'AEC, l'UQC a constaté un manquement dans la formalisation d'activités planifiées et réalisées.

Les activités spécialisées qui sont réalisées alors qu'elles ne sont pas prévues dans la synthèse de prise en charge doivent être recensées et leur documentation avec objectifs, moyens et résultats doit être présente. La documentation est un outil pour suivre l'ensemble de la prise en charge.

Si des objectifs étaient présents et en lien avec les AEV, même s'ils n'étaient pas assez détaillés ou précis, l'UQC a néanmoins considéré que les critères étaient remplis et cela a fait l'objet de discussions avec le prestataire pour une amélioration dans la formalisation et formulation des objectifs en lien avec les AEV de ces AAI.

Ainsi, étant donné que les AAI complètent et soutiennent les prestations d'aides et de soins pour les AEV et ne peuvent en être dissociées, un effort d'amélioration doit être effectué afin de s'assurer que ce lien soit clairement formalisé dans la documentation.

Il peut arriver que la documentation liée aux AAI soit dissociée du système général. Les AAI sont prestées par des thérapeutes qui ont ou peuvent avoir leur propre documentation. Cela ne pose pas de problème à partir du moment où il y a un lien ou si on peut retrouver des informations tel qu'un

résumé succinct dans la documentation générale. Cela permet aussi aux soignants de comprendre quelles activités spécifiques sont proposées aux personnes dépendantes et pourquoi elles le sont.

En termes de coordination, il est essentiel qu'il y ait une bonne communication et un bon échange d'observations et d'informations entre les soignants et les thérapeutes qui prennent en charge la personne dépendante : les soignants font part des problèmes observés lors de la réalisation des AEV et les thérapeutes construisent des stratégies afin de soutenir ou de faciliter ces AEV. Le lien entre les AEV et les AAI et inversement doit être bien compris.

Afin de mettre l'accent sur l'importance des descriptions et du suivi lié aux AAI, l'UQC a également inclus dans ses rapports de contrôles, une partie « Remarques » qui reprend les attentes auxquelles les prestataires doivent absolument répondre. Ces remarques se basent sur la définition qui fait partie du référentiel des aides et soins.

Remarques AEC (Paragraphe inclus dans le rapport de contrôle)

Les éléments participant à la description des activités d'appui à l'indépendance, attendus par l'AEC, sont :

• Objectifs à atteindre, dans quel AEV : pour quoi faire ? stimuler, soutenir, développer quoi ? pour la personne concernée.

• Moyens mis en œuvre : quelle(s) activité (s) pour atteindre les objectifs fixés dans le domaine d'AEV choisi. Activité(s) réalisée(s) en groupe ou en individuel.

• Résultats : attentes réalistes en relations avec les capacités de la personne dépendante.

Enfin, le suivi des impacts de ces AAI dans les AEV pour lesquels les objectifs ont été définis est trop souvent absent (dans la moitié des dossiers contrôles pour les MDS et ESI, dans à peine 1/4 des dossiers en CIPA, et 10,2% en RAS).

La description de la réaction de la personne pendant certaines activités, de sa participation, de l'atténuation de certains comportements, de la conservation d'automatismes, de certains résultats d'échelles ou de tests (notamment dans le domaine de la mobilité), des effets de l'arrêt de la réalisation des AAI, sont autant d'éléments qui participeraient au suivi et à l'évaluation des résultats. La prise en compte des avis de la famille et du bénéficiaire lui-même suite à la participation à des AAI sont également des indicateurs qui pourraient être utilisés pour ce suivi.

6.2.3 La fiche de transfert - résultats des fiches reçues pendant les contrôles de documentation

L'UQC a changé sa façon d'analyser la fiche de transfert, mais le fait toujours de façon très détaillée, étant donné qu'il s'agit, tout comme pour la semaine-type, d'une obligation légale qui a été mise en place au moment de la réforme de 2018. En effet, l'UQC a décidé de demander au prestataire de lui générer une fiche de transfert, concernant les dossiers contrôlés, le jour du contrôle.

En fournissant directement cette fiche de transfert lors du contrôle, l'AEC est en mesure de voir non seulement si la fiche présente les données demandées, mais aussi et surtout la pertinence et la cohérence en temps réel de celles-ci avec l'état de santé et les besoins de la personne dépendante à qui elle correspond. De plus, si au moment de la visite, le bénéficiaire présente par exemple des spécificités médicales ou un état cutané altéré, l'AEC est en mesure de faire directement le lien.

Il existe différents formats pour cette fiche de transfert.

Des fiches de transfert ont donc pu être fournies à l'AEC pour chaque personne concernée.

FICHE DE TRANSFERT	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Identification de la personne dépendante	84,7	92,5	90,5	98,4	**91,5**
Nom	97,7	100	100	100	**99,4**
Prénom / prénom usuel	97,7	100	100	100	**99,4**
Sexe	79,5	81,3	80	85,7	**81,6**
État civil	88,6	98,4	86,7	100	**93,4**
Date de naissance	79,5	87,5	98,3	100	**91,3**
Lieu de naissance	65,9	65,6	54,4	100	**71,5**
Adresse du lieu de vie de la personne dépendante	77,3	100	100	100	**94,3**
Nom et adresse de la personne de référence de la famille / entourage de la personne dépendante	87,5	100	95	100	**95,6**
Numéro téléphone / email le cas échéant la personne de référence de la famille / entourage	88,6	100	100	100	**97,2**
Identification administrative	79,8	83,6	73,8	95,2	**83,1**
Numéro de matricule	97,7	98,4	100	100	**99,0**
Nom et coordonnées du ou des médecins traitants	88,6	100	95	85,7	**92,3**
Nom et coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge (intervenants externes)	53,1	52,3	26	100,0	**57,9**
Autres informations générales	83,0	81,3	70.2	85,7	**80**
Langue dans laquelle la personne dépendante s´exprime habituellement	84,1	75,0	63,9	71,4	**73,6**
Listing des AT accompagnant la personne dépendante si transfert	81,8	87,5	76,5	100	**86,5**
Fiche de transfert	77,6	74,7	81,2	74,0	**76,9**
Données consultées actualisées	97,7	82,8	76,7	85,7	**85,7**
Date de transfert vers un autre prestataire d´aides et de soins ou vers un établissement hospitalier	88,6	81,3	93,3	85,7	**87,2**
Nom et numéro de téléphone de la personne de référence du prestataire	70,5	75,0	93,3	85,7	**81,1**
Résumé soignant succinct détaillant l'état de santé au moment du transfert	61,4	56,3	78,3	71,4	**66,8**
Description de l´état de santé de la personne dépendante	84,1	84,4	78,3	46,4	**73,4**
Aides et soins fournis par le prestataire	70,5	75,0	73,3	85,7	**76,1**
Information sur l'état cutané	70,5	68,3	74,4	57,1	**67,6**

La fiche de transfert est un document de synthèse, résumant les informations sur un nombre limité de pages (4-5max)	70,5	60,9	59,5	57,1	**62**

Tableau 31 : Résultats « fiche de transfert », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

Le format de ces fiches peut être un document de type « template » pré-rempli avec les données qui n'ont pas vocation à changer régulièrement, par exemple les coordonnées de la personne dépendante, le nom de la personne de contact et du médecin traitant. Ce document pré-imprimé ou disponible en format MS Word sur ordinateur pourra alors être complété par le soignant au moment du transfert.

Mais il peut s'agir aussi, notamment pour les prestataires qui disposent d'un système de gestion des dossiers informatisé (et pas d'un système hybride), d'un document qui compile les informations venant de différentes rubriques du dossier et où le soignant n'aura qu'un nombre limité d'informations à compléter, le plus souvent en cochant des cases, ou en ajoutant un commentaire, comme par exemple le motif du transfert.

L'avantage d'avoir un système qui va rechercher les informations en direct dans les différentes rubriques de la documentation de soins est que les soignants n'ont pas à investir un temps important à renseigner ces informations.

Certains systèmes permettent d'ajouter des informations en fonction des besoins, comme par exemple des bilans supplémentaires (p.ex. : listing des chutes, si le motif de transfert est une chute avec suspicion de fracture). Il y a ainsi un certain nombre d'informations « standard » (une base) qui se retrouvent sur chaque fiche de transfert, puis des informations « à la carte » sont rajoutées en fonction de ce qui est jugé pertinent.

On notera que la majorité des fiches de transfert présentaient lors du contrôle en annexe la fiche des traitements médicamenteux, qui était à chaque fois à jour.

Si le système de gestion permet de compiler les informations à partir des différentes rubriques du dossier et que celles-ci sont manquantes dans ces rubriques, les informations ne pourront pas être présentes dans les fiches de transfert.

À cet égard, si les descriptions des limitations physiques, psychiques et cognitives ne sont pas complètes ou actuelles, le résumé de l'état de santé au moment du transfert peut s'avérer incomplet et obsolète car difficilement « compilable » au moment du transfert (absent dans plus de 60% des fiches analysées pour les ESC).

Si une fiche existe, le but en est de fournir un document succinct, condensé qui permettra à un autre professionnel de santé de comprendre rapidement et facilement les problématiques de la personne et les aides qui lui sont apportées au moment du transfert. Malheureusement, l'aspect synthétique de ce document n'est pas encore une réalité (uniquement pour 2/3 des structures type ESC, 59,5% pour les RAS et 57,1% pour les ESI).

6.2.4 Présence de la semaine-type

L'article 3 du RGD du 13.12.2017 dispose que : *« Le prestataire d'aides et de soins doit documenter la semaine-type de prise en charge. La semaine-type est un document distinct de la synthèse de prise en charge établie par l'AEC : elle permet de détailler les aides et soins, l'accompagnement et l'encadrement quotidiens réguliers de la personne dépendante par le prestataire d'aides et de soins. Ce document est régulièrement mis à jour et révisé au moins tous les trois mois. Un historique des mises à jour est disponible. Les éléments de la semaine-type qui ne peuvent pas être réalisés sont recensés et l'adaptation de la prise en charge est documentée. »*

La forme de la semaine-type est au libre choix du prestataire.

	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Semaine type	**86,7**	**84,6**	**83,3**	**86,3**	**85,3**
Document semaine-type disponible	90,9	100	88,3	100	**94,8**
Détail des soins présent	90,9	100	95,0	100	**96,5**
Activités et encadrement présents	100	87,5	90,0	89,3	**91,7**
Mise à jour de moins de 3 mois	75,0	70,3	73,3	57,1	**68,9**
Historique des mises à jour disponible	81,8	68,8	66,7	71,4	**72,2**
Prestations non réalisées documentées ?	81,8	81,3	86,7	100	**87,4**

Tableau 32 : Résultats « semaine type », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

On notera que cette semaine-type est souvent liée au logiciel ou aux rubriques de facturation, car même si la réforme de l'assurance dépendance a introduit un système forfaitaire au niveau de la facturation, l'ensemble des prestataires contrôlés continue de coter les actes en détail, ce qui permet de savoir ce qui a été réalisé ou non.

La planification hebdomadaire et journalière des passages peut donc se faire à l'aide des actes (intitulés) de l'assurance dépendance, mais il peut être difficile d'identifier la forme d'aide (stimulation ou faire à la place) dont la description pourra se retrouver ailleurs.

Si la semaine-type est intégrée et gérée dans un logiciel informatique, alors elle est mise à jour de façon continue : semaine de référence sous forme d'actes et codes. Pour certains, le programme fait directement la différence entre le planifié au niveau des prestations en nature et le niveau des prestations en nature réellement réalisé. Cette façon de faire peut indiquer au prestataire que le bénéficiaire a changé de niveau de dépendance et sera, le cas échéant, déclencheur d'une demande de réévaluation.

Si elle existe dans la majorité des cas, elle devrait cependant être présente dans 100% des cas et dans tous les types de structures. L'UQC a mis en évidence que la planification des soins proposés, si elle existe, doit pouvoir être mise en relation avec le tableau général des limitations physiques, psychiques et cognitives qui doit être complet pour bien identifier les besoins. Or, il a été vu plus haut que la description de ces limitations est parfois incomplète. L'analyse de la semaine-type avec certains prestataires a permis de mettre en évidence des manquements au niveau des descriptions, car des interventions étaient planifiées pour aider la personne dépendante, mais sans trace de la problématique que cette aide était censée compenser. Même si le prestataire connaît réellement la personne, il n'en demeure pas moins que son dossier de prise en charge doit être le reflet de cette compréhension des besoins ayant mené à la planification des interventions.

6.2.5 Format de la documentation

L'UQC regarde avec quel outil les données sont documentées et quel support est utilisé pour enregistrer les données et informations relatives à la prise en charge. Il convient surtout de voir dans quelle mesure la documentation est informatisée.

En effet, l'informatisation de la documentation de la prise en charge – qui est une obligation légale selon l'article 387bis § 2 du CSS - amène un grand nombre d'avantages, tant pour les personnes prises en charge que pour les prestataires d'aides et de soins eux-mêmes et ce à plusieurs niveaux :

- accélération et automatisation des enregistrements d'informations, gain de temps et donc plus de temps disponible pour les aides et soins, ce qui améliore la qualité de la prise en charge

et augmente la satisfaction de toutes les personnes concernées (personnes dépendantes, personnel, gestionnaires, personnes de l'entourage, etc.) ;
- informations centralisées et visualisation des informations les plus pertinentes dans un aperçu général, ce qui permet une identification du fil rouge de la prise en charge ;
- optimisation du travail en équipe, traitement efficace et synchronisation des informations à l'égard de la prise en charge pluridisciplinaire (la communication informatisée est compréhensible pour tous, écrite et documentée, les informations parviennent immédiatement au bon interlocuteur et le personnel peut réagir immédiatement) ;
- standardisation et amélioration de la documentation et des flux de travail ;
- réduction des redondances, économie de temps et de coûts ;
- possibilité de créer des alertes automatisés diminuant les sources d'erreurs et de fautes graves ;
- alimentation automatisée de certaines mesures ou paramètres et visualisation de leur évolution dans le temps, p.ex. courbes des fonctions vitales.

Avant de voir combien de prestataires ont mis en place une documentation informatisée, il convient de définir ce qu'on entend par « informatisation ». Le fait que des documents soient disponibles sur support informatique dans le sens où ils peuvent être lus, modifiés et enregistrés sur un ordinateur n'est pas suffisant pour qu'une documentation puisse être définie comme informatisée. Il en est de même pour des documents sur papier qui sont scannés et ainsi « informatisés ». La documentation sous Excel/Word ou des documents scannées en format Pdf ne sont donc pas équivalents à un système informatisé de documentation.

Pour qu'un système de documentation informatisée soit efficace, il convient de s'assurer de différents critères :
- fonctionnalités, mise en page, structure et navigation de l'outil ;
- formation du personnel (cf. utilisation de l'outil) ;
- simplicité d'utilisation, ergonomie de l'outil ;
- interopérabilité du système de documentation (système intégré) ;
- investissement dans un hardware et un software ;
- adaptation au profil des personnes prises en charge.

Le but est en effet d'avoir une documentation informatisée « dynamique ».

6.2.5.1 Résultats

Pour analyser les résultats obtenus lors des visites de contrôle, une distinction entre les différents formats de documentation a été établie :
- documentation complètement informatisée avec un outil informatique qui reprend toutes les informations et documentations ;
- documentation hybride où une partie est informatisée et l'autre constituée par des dossiers papier ;
- documentation uniquement sur un support papier.

DOCUMENTATION	MDS	CIPA	RAS	ESI	% (Moy)
Documentation complétement informatisée	63,6	56,2	66,7	85,7	**65,3**
Documentation hybride	27,3	18,8	6,6	0,0	**14,3**
Documentation uniquement sur papier	9,1	25,0	26,7	14,3	**20,4**

Tableau 33 : Résultats « format de documentation », en pourcentage des dossiers des personnes concernées au moment du contrôle

La documentation est complétement informatisée chez 65,3% des prestataires.

Chez 14,3% des prestataires, une partie de la documentation est disponible sur support informatique, mais ils utilisent encore des dossiers papier pour certains types d'informations, comme p.ex. la gestion médicamenteuse, le contrat de prise en charge, les ordonnances et les rapports médicaux. Environ 1 prestataire sur 5 (20,4%) n'a pas encore informatisé sa documentation et utilise uniquement des dossiers papier ou seulement certains documents en format Word/Excel/Pdf.

C'est dans les MDS que la documentation sur support informatique est la plus largement utilisée avec seulement 9,1% des MDS qui fonctionnent uniquement avec des dossiers papier, suivies des ESI avec 14,3%. Le pourcentage de prestataires qui fonctionnent avec une documentation complètement informatisée est le plus haut dans les ESI, avec 85,7%.

Les RAS sont les moins informatisés avec 66,7% pour lesquels les informations sont disponibles en totalité sur support informatique et 6,6% qui fonctionnent avec une documentation hybride. Un peu plus qu'un quart des RAS (26,7%) n'utilise que des dossiers papier. Deux RAS ont indiqué lors de la visite de contrôle que la mise en place d'un outil informatique est en cours ou qu'elle est envisagée dans un temps défini. Il convient de noter qu'il s'agit de nouveaux RAS.

Seulement un peu plus de la moitié des CIPA (56,2%) a mis en place une gestion sur support informatique en totalité et 18,8% utilisent une documentation hybride. Un quart des CIPA n'utilise que des dossiers papier.

6.2.5.2 Conclusion

Les documentations complétement informatisées se présentent sous forme d'outils et de logiciels qui varient dans leurs structure, fonctionnalités, visualisation et ergonomie, selon les prestataires.

Il n'existe pas une solution informatique unique et plusieurs outils/systèmes peuvent être mis en place, ayant chacun leurs avantages et parfois inconvénients. Il convient de mettre en place ou de développer un système de documentation informatisé adapté aux besoins spécifiques du prestataire, co-construit idéalement avec son personnel pour s'adapter au mieux à leurs pratiques.

Les résultats montrent que la mise en œuvre et l'utilisation d'un outil informatique pour la gestion et la documentation de la prise en charge n'est pas en encore une évidence dans l'ensemble du secteur[15]. Certains prestataires doivent encore faire des efforts pour mettre en place un système de documentation informatisée afin de répondre aux exigences légales et surtout pour soutenir et faciliter le travail, la coordination et le suivi à réaliser par leurs équipes.

6.3 Conclusion contrôle de documentation

Cette période couverte par ce deuxième rapport biennal a permis de réaliser davantage de visites, 49 en tout, contre 16 lors de la période couverte par le premier rapport biennal, malgré la pandémie de COVID-19 où l'UQC a dû s'adapter aux contraintes sanitaires, mais aussi aux disponibilités des prestataires (priorités aux soins, structures fermées, arrêts maladie).

L'arrivée de ressources humaines supplémentaires au sein de l'UQC va permettre d'augmenter le nombre de contrôles réalisés, avec notamment le retour chez certains prestataires contrôlés une première fois. C'est pourquoi cette partie consacrée aux contrôles de documentation ne propose pas de réelles comparaisons avec les résultats du précédent rapport biennal.

Concernant les résultats, l'UQC souhaite attirer l'attention sur les descriptions des limitations physiques et descriptions des troubles psychiques et cognitifs, qui, soutenues par des résultats de

[15] *Cf. Art.387 bis, §2 du CSS « …La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives ».*

scores et l'utilisation d'échelles de mesure, se doivent d'être complètes et insister davantage sur l'impact des troubles cognitifs et psychiques.

Ces descriptions sont le prérequis pour une planification des soins qui fait sens et qui est logiquement rétractable dans la semaine type. De même, elles doivent permettre de résumer succinctement l'état de santé de la personne et de ses besoins pour transmettre des informations concises lors de transferts vers d'autres prestataires. Enfin, lors des évaluations par les référents ou pour une description pertinente dans l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance rempli par le prestataire sur la plateforme mySecu, il est indispensable que ces informations soient complètes et à jour, pour participer à la compréhension globale des besoins et donc des prestations à déterminer.

Enfin, la spécificité de la prise en charge à domicile, qui comporte certes des difficultés supplémentaires, ne dispense pas des obligations légales et la qualité des informations contenues dans la documentation de prise en charge doit être la même qu'en ESC. À l'instar de ce qui est décrit dans la partie précédente relative aux indicateurs, des solutions doivent être envisagées d'une part pour remédier aux difficultés de suivi et pour répondre aux exigences légales. Il convient de s'assurer d'autre part de la mise en place de meilleures pratiques pour la population prise en charge, en incluant notamment davantage les aidants pour certains suivis et certaines observations.

III. LA POLITIQUE DE REEVALUATION

1. Introduction partie « Politique de réévaluation »

Les réévaluations sont considérées comme un des outils de suivi de la qualité dans le sens où il s'agit d'une façon de s'assurer que les moyens mis à disposition (ensemble des prestations) correspondent toujours aux besoins de la personne dépendante.

Alors que les réévaluations ont toujours eu une place de choix dans le suivi de la personne dépendante pour adapter les aides et soins mis à disposition tout au long de sa vie dans l'assurance dépendance, la réforme de 2018 a formalisé, dans l'article 366 du CSS, les fréquences voulues pour une revue régulière des dossiers. Les fréquences fixées ont notamment pour but de s'assurer d'une politique ambitieuse de mise à jour des dossiers des personnes suivies. Cet article définit notamment une fréquence plus élevée pour les personnes qui ont un aidant, prises en charge à domicile, et fixe une fréquence minimale pour tous les autres types de prise en charge ainsi qu'une mise à jour de la synthèse de prise en charge après une admission en établissement.

« Art. 366: À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes:

lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge ;

lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge;

lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission;

lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante;

lorsque l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

À la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visée à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1er joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. »

Cet article 366 du CSS renforce également la collaboration entre les prestataires et l'AEC dans le cadre de la réévaluation des besoins des bénéficiaires.

« La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance révise et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant. Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge. »

L'article 366 officialise donc la possibilité pour l'AEC de « déléguer » au prestataire le recueil de données relatives à l'état des besoins de la personne prise en charge à un moment donné.

Cette partie du rapport biennal, dédiée aux réévaluations, aura pour objectif de montrer les effets de cette ambitieuse politique de réévaluation via l'analyse de l'ancienneté des synthèses de prise en charge. Le traitement de certains types de dossiers sera mis en évidence afin de démontrer les efforts de l'ensemble de l'AEC afin de réévaluer, en priorité, des situations spécifiques liées soit à la population considérée, soit au lieu de vie. Enfin, un accent sera mis sur l'utilisation de l'outil mySecu qui est une plateforme qui permet des échanges électroniques directs, bidirectionnels et sécurisés d'informations avec les prestataires du secteur de soins de longue durée, dans le cadre de ces réévaluations.

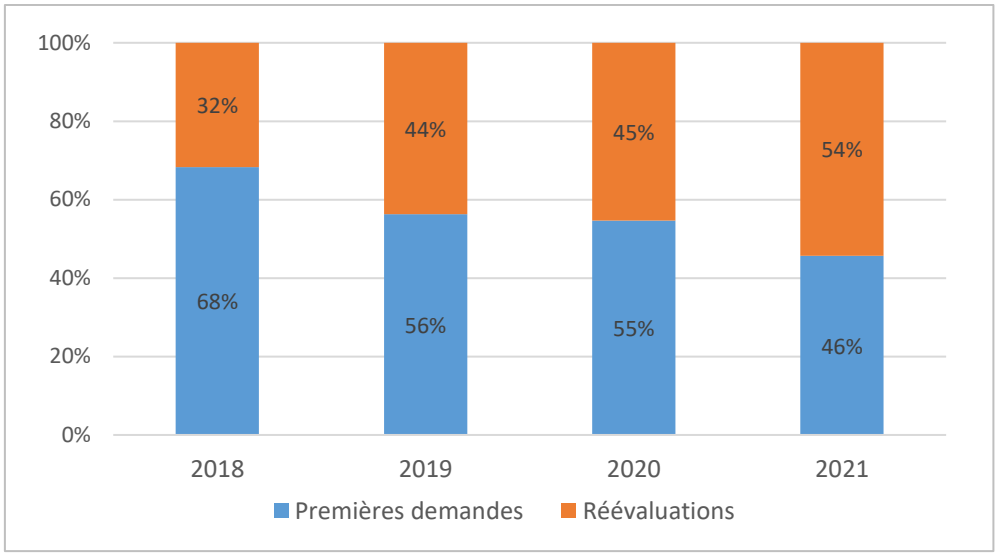
2. Données chiffrées

2.1 Une augmentation des réévaluations traitées

Historiquement, l'AEC a toujours traité davantage de premières demandes que de réévaluations. Pour rappel, en 2017, la proportion des premières demandes traitées par rapport aux réévaluations est de 68% par rapport à 60% en 2016[16].

Pourtant, 2021 a été l'année du basculement dans le sens où, pour la première fois, l'AEC a traité plus de réévaluations (54%) que de premières demandes (46%).

[16] Source : Rapport d'activité 2017 du ministère de la Sécurité sociale, p.56

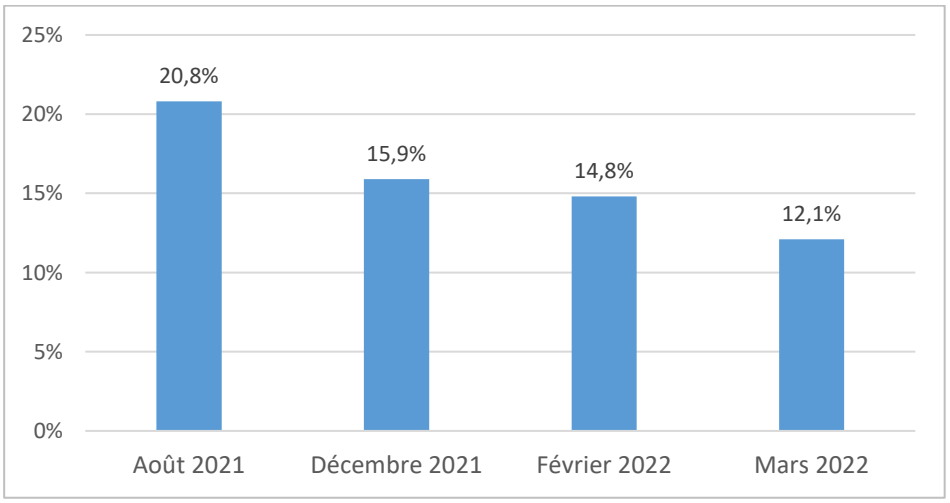


Graphique 19 : Proportion premières demandes et réévaluations transférées par l'AEC (2018 à 2021)

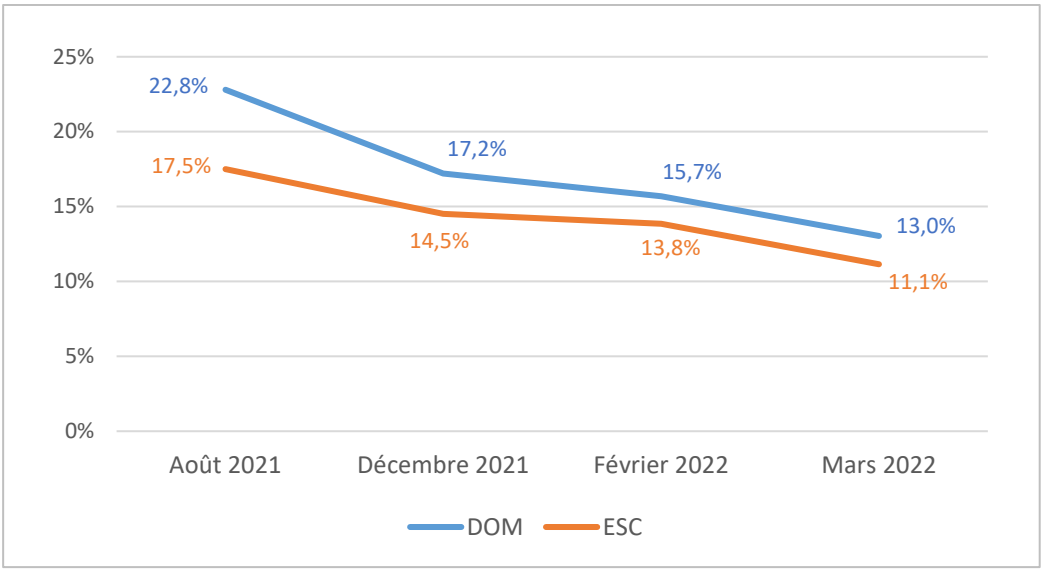
2.2 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge

Réévaluer périodiquement les besoins des bénéficiaires permet un ajustement des prestations attribuées et vise à augmenter la qualité du suivi et des connaissances des bénéficiaires de prestations. De plus, avec l'identification de l'aidant, renforcée par cette réforme, il est essentiel de suivre plus scrupuleusement non seulement l'évolution des besoins du bénéficiaire mais aussi de son environnement.

À ce jour, il reste une proportion de dossiers qui n'ont pas encore été réévalués depuis la mise en œuvre de la réforme. Ces plans ont été convertis, mais n'ayant pas encore fait l'objet d'une réévaluation, ils ne peuvent donc pas présenter une synthèse de prise en charge. Cette proportion de plans convertis, mais non réévalués, tend à diminuer de plus en plus et représente, fin mars 2022, 12,1% des dossiers qui n'ont pas encore été réévalués depuis l'introduction de la réforme.



Graphique 20 : Proportion des dossiers non réévalués depuis le 01.01.2018



Graphique 21 : Proportion des dossiers non réévaluations depuis le 01.01.2018 : différence Domicile et Etablissement à séjour continu

Le Graphique 25 : Type de réévaluations ouvertes par l'AEC depuis août 2021 du chapitre 2.3.2, à la page 81, montre d'ailleurs clairement la priorité des demandes de réévaluation demandées par l'AEC mise sur ce type de dossiers.

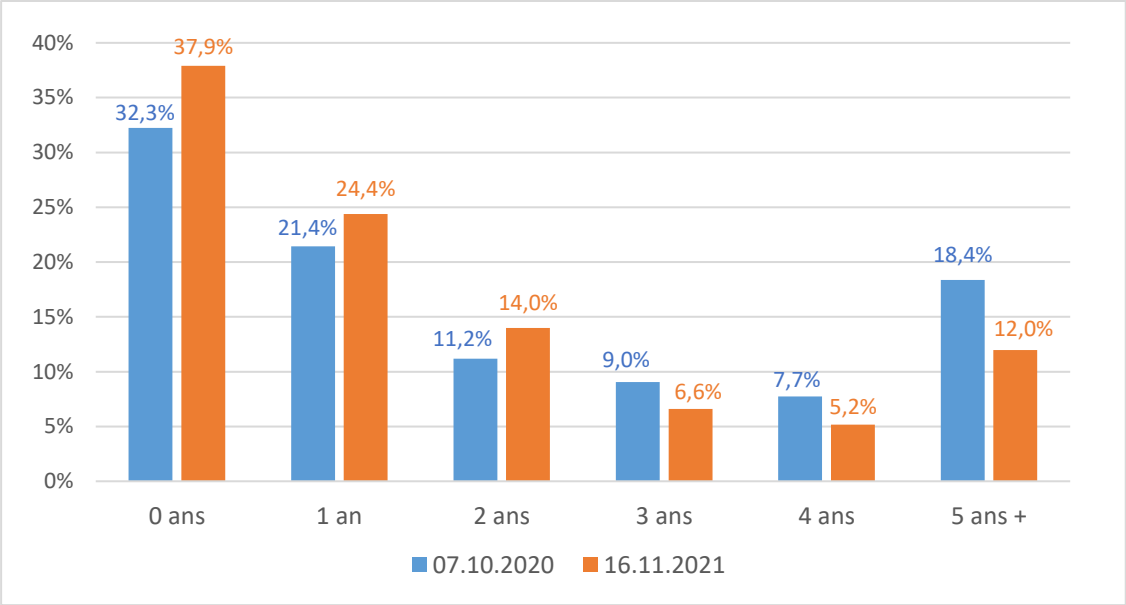
Afin de voir cependant l'évolution de l'ancienneté des plans et synthèses de prise en charge, une distinction sera faite entre les synthèses des personnes dépendantes prises en charge à domicile et celles prises en charge en établissement.

À domicile, la présence d'un aidant nécessite des réévaluations plus régulières et la priorité est d'évaluer les bénéficiaires qui n'ont pas de réseau d'aides et de soins et/ou d'aidant.

Les données présentées dans les deux sous-parties suivantes renseignent une ancienneté par année. L'année 0 correspond aux synthèses transférées en 2021, +1 correspondant à une synthèse transférée en 2020, etc…

2.2.1 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge à domicile

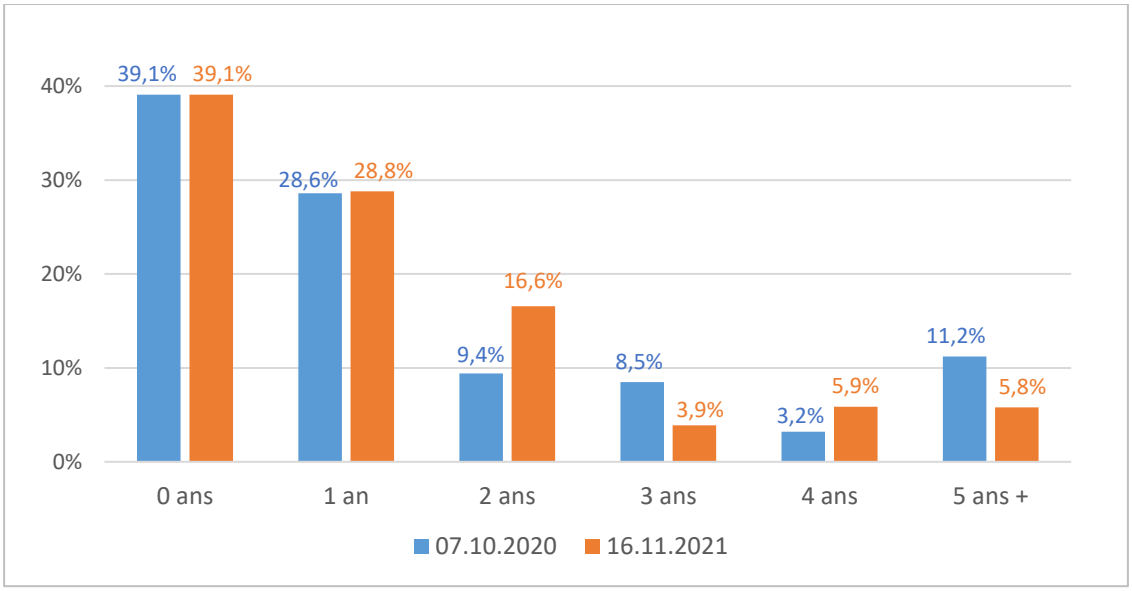
À domicile, fin 2021, 82,9% des synthèses ont été transférées après 2018 (ancienneté jusqu'à 3 ans), contre 73,9% fin 2020.



Graphique 22 : Ancienneté des plans à domicile (0 = 2021, 3 ans = 2018)

2.2.2 Évolution de l'ancienneté des synthèses de prise en charge en établissement

En établissement (MDS et CIPA), fin 2021, 88,4% des synthèses ont été transférées après 2018 (ancienneté jusqu'à 3 ans). Les plans très anciens, c'est-à-dire avec une ancienneté de plus de 5 ans, ont diminué de moitié depuis la réforme, suite à l'accent de l'AEC mis en début de réforme sur les plans anciens en établissement afin de s'assurer de leur mise à jour.



Graphique 23 : Ancienneté des plans en établissement MDS et CIPA (0 = 2021, 3 ans = 2018)

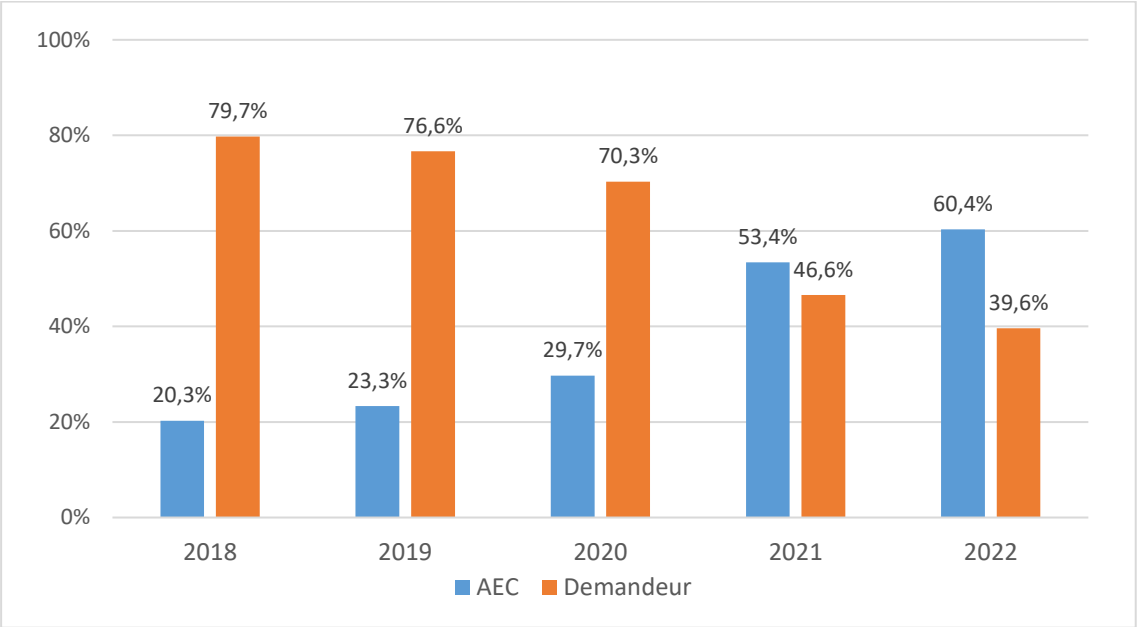
2.3 Type de réévaluations ouvertes

Afin d'affiner le suivi, mais aussi de voir dans quelle mesure la politique de réévaluation porte ses fruits, il était important de savoir quel est l'auteur des demandes de réévaluations. En effet, les réévaluations demandées par les bénéficiaires sont à considérer comme les réévaluations « normales », suivant

l'évolution de la personne, avec une famille, des proches ou des professionnels qui détectent un changement dans les besoins de la personne dépendante.

Les réévaluations ouvertes par l'AEC sont davantage liées à la volonté de mettre à jour les synthèses et de s'approcher des fréquences a minima fixées dans l'article 366 du CSS. Elles sont donc le résultat direct de la politique de réévaluation décidée et appliquée au sein de l'AEC.

2.3.1 Provenance de la demande de réévaluation



Graphique 24 : Provenance des réévaluations traitées par l'AEC

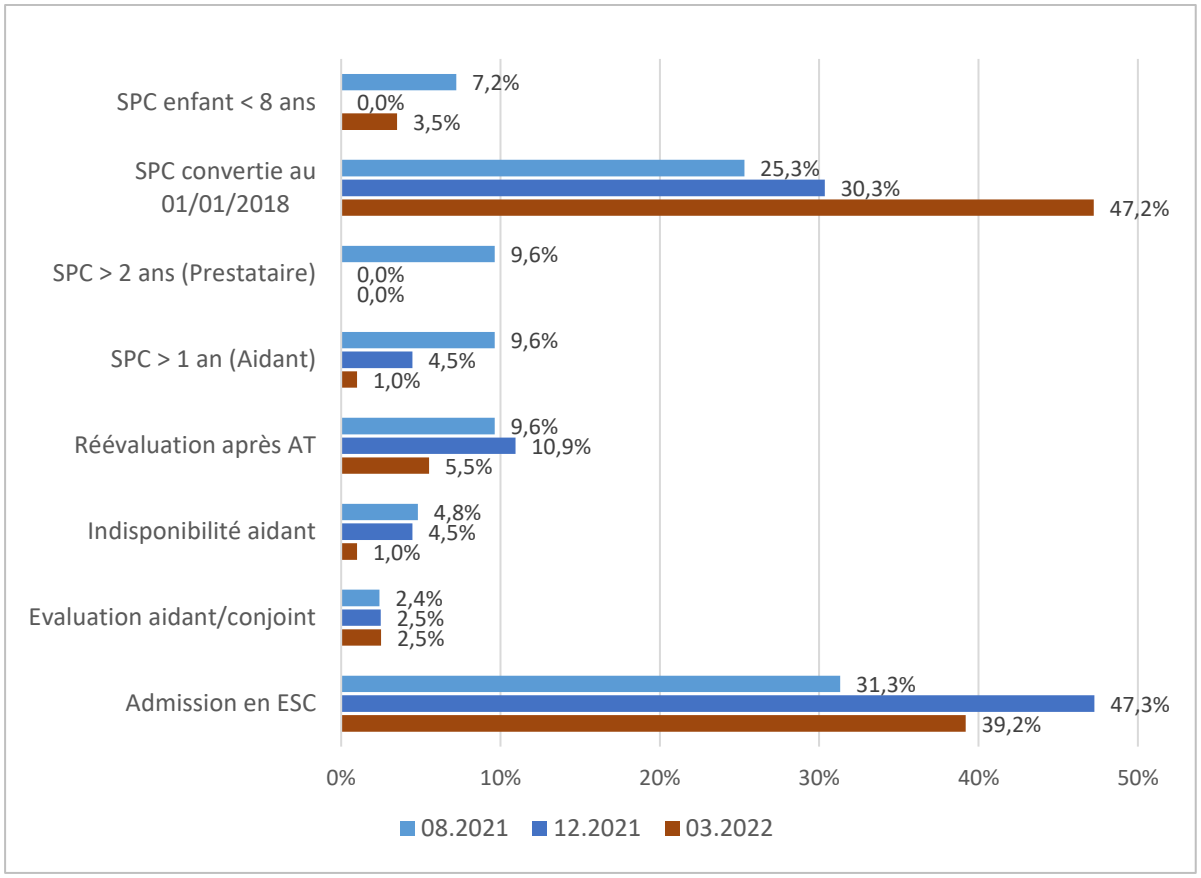
Ce graphique montre l'évolution de la part des réévaluations motivées et donc ouvertes suite à la demande du bénéficiaire par rapport aux réévaluations ouvertes sur initiative de l'AEC.

La proportion des réévaluations demandées par l'AEC ne cesse d'augmenter ces dernières années, avec une montée en puissance particulièrement marquée en 2021, qui amène pour la première fois à avoir, en traitement au sein de l'AEC, davantage de réévaluations générées par l'AEC elle–même par rapport aux réévaluations demandées par le bénéficiaire.

2.3.2 Type de réévaluations ouvertes par l'AEC

Pour affiner encore les informations à sa disposition pour assurer le suivi de son activité, l'AEC a mis en place, depuis le mois d'août 2021, un système qui enregistre directement la typologie des réévaluations qu'elle demande.

Le graphique ci-dessous montre la priorité donnée aux réévaluations pour des plans de prise en charge qui n'ont pas encore été réévalués depuis la réforme, et qui concernent donc les dossiers les plus anciens. Seules trois dates (début et fin de deuxième semestre 2021, puis extraction actuelle) ont été sélectionnées afin de faciliter la visualisation. Cependant, ce suivi par type est disponible de façon mensuelle.



Graphique 25 : Type de réévaluations ouvertes par l'AEC depuis août 2021

Les sous-parties suivantes mettront en évidence certains types de dossiers spécifiques mentionnés ci-dessus.

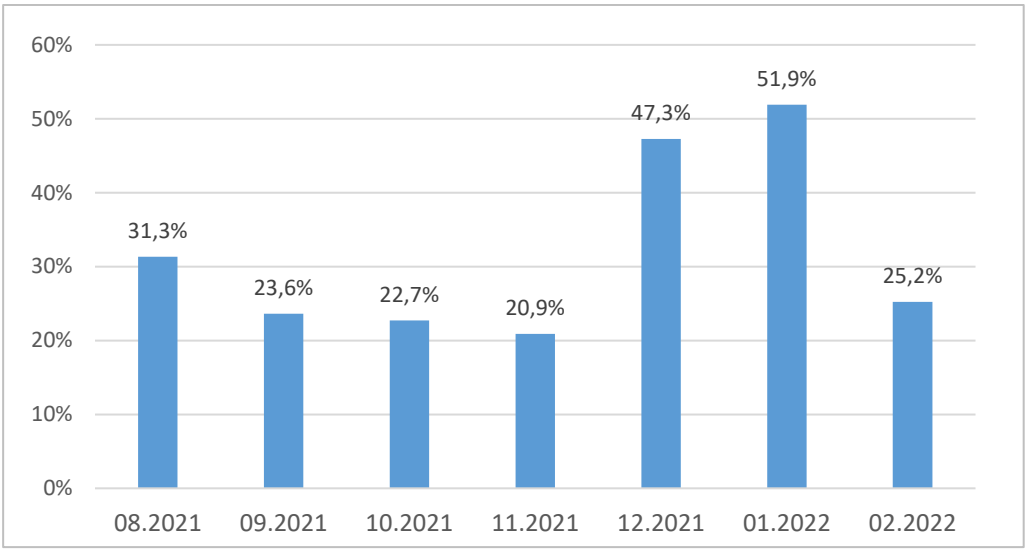
Pour le prochain rapport biennal, ce suivi spécifique permettra de montrer, avec davantage de recul, les effets des décisions de l'AEC sur le type de réévaluations ouvertes et leur priorisation.

Cependant, les données contenues dans ce graphique montrent la priorisation actuelle de l'AEC dans l'ouverture des réévaluations, avec une volonté de traiter les plans de prise en charge les plus anciens, mais aussi la collaboration avec les ESC dans la mise à jour des synthèses de prises en charge après une admission. Ces dossiers sont particulièrement éligibles à un traitement via l'outil mySecu.

2.3.3 Particularité des réévaluations après une demande en admission

L'AEC demande aux prestataires des MDS et CIPA d'effectuer une réévaluation après l'admission de la personne dépendante (dans les 6 mois après son admission). Cela laisse le temps à la personne dépendante de prendre ses marques, de s'adapter à son nouvel environnement et encadrement. Pour le prestataire, il s'agit de s'assurer de la cohérence de ce qui a été déterminé comme besoins à domicile et de mettre à jour la synthèse de prise en charge.

Un niveau de dépendance peut ne pas avoir évolué, mais c'est peut-être la nature de l'aide qui aura changé : certaines prestations peuvent ne plus être nécessaires ou d'autres s'ajouter.



Graphique 26 : Evolution de la part des réévaluations demandées suite à une admission

Les réévaluations consécutives à une admission en établissement représentent une part importante des réévaluations demandées par l'AEC.

Si cette réévaluation après admission permet non seulement une mise à jour de la synthèse, elle constitue aussi le moment idéal pour faire le point sur l'organisation et la planification des aides et soins et adapter ceux-ci le cas échéant, maintenant que la personne dépendante a pris ses marques dans son nouveau lieu de vie.

2.3.4 Particularités des réévaluations chez les enfants

Lorsque la dépendance est évoquée, on pense davantage à la situation des gens âgés ou à des adultes ; cependant, le législateur luxembourgeois couvre le risque de dépendance à tout âge.

La définition de la dépendance, ainsi que les conditions pour bénéficier des prestations prévues dans le cadre de l'AD sont les mêmes, indépendamment de l'âge. Par contre, comme chaque enfant dépend de son entourage pour les activités journalières et que le degré de dépendance varie en fonction de son développement et de son âge, la loi stipule ce qui suit: « *Pour les enfants, jusqu'à l'âge de huit ans accomplis, la détermination de l'état de dépendance se fait en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne par rapport à un enfant du même âge sain de corps et d'esprit.* » (art. 350§ 2 CSS).

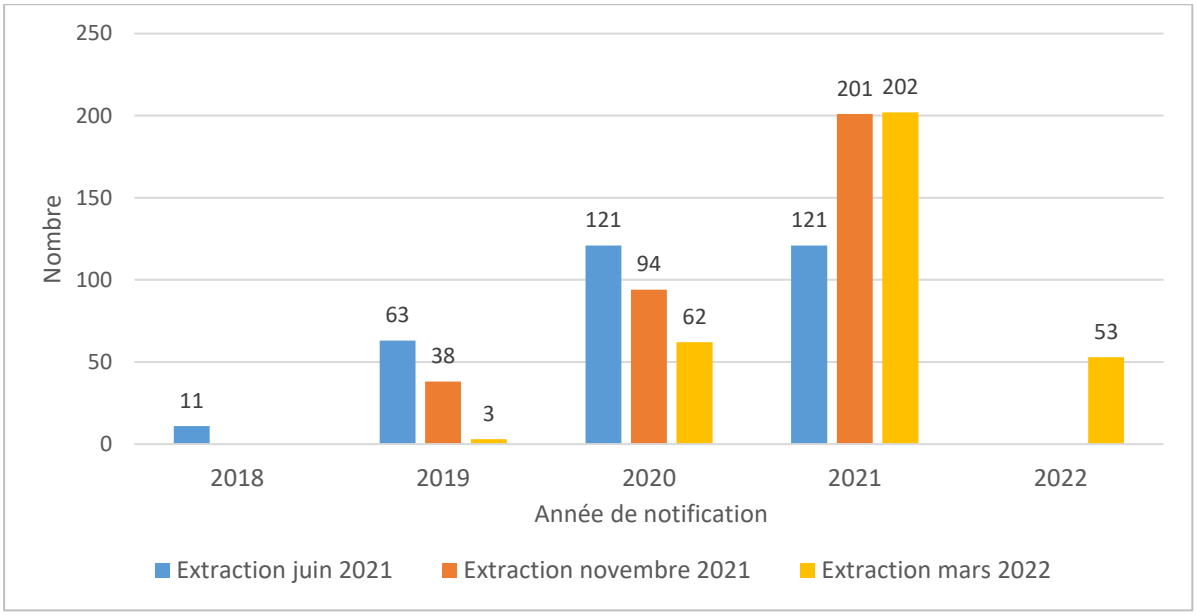
La situation devient dès lors plus complexe pour l'évaluation des enfants en bas âge : l'enfant est dépendant de son entourage et acquiert progressivement les compétences lui permettant de vivre de manière indépendante. Il est considéré qu'à partir de 8 ans, l'enfant aura acquis les compétences nécessaires pour accomplir les AEV et la norme de comparaison reste fixe.

La capacité de l'enfant à réaliser les AEV est alors évaluée par le questionnaire habituel qui est complété par une échelle de développement spécifique aux enfants. L'intensité de l'aide est ainsi adaptée selon une grille développementale spécifique en fonction du besoin supplémentaire d'assistance d'une tierce personne que l'enfant requiert dans les AEV, en comparaison à un enfant du même âge, sain de corps et d'esprit. Les temps relatifs aux degrés de dépendance sont alors pondérés, déterminant l'atteinte du seuil et le niveau de dépendance.

Des réévaluations régulières sont nécessaires, étant donné que l'enfant est en développement constant. De plus, ces réévaluations sont aussi motivées par la présence d'un aidant (le plus souvent

le parent). Les synthèses de prise en charge de ces enfants font donc partie des synthèses qui sont le plus fréquemment mise à jour.

Au 02.02.2022, sur les 303 synthèses d'enfants de moins de 8 ans, 69% datent de 2021, 26% de 2020 et 5% de 2019. Ainsi, toutes les synthèses d'enfants de moins de 8 ans ont une ancienneté de moins de 3 ans.



Graphique 27 : Année de notification des plans actifs de prise en charge chez les enfants à domicile – exclusions = dispositions particulières, les réévaluations en cours et les affiliations absentes

Ce graphique montre la volonté de procéder à une mise à jour de ces synthèses grâce aux réévaluations, avec une accélération importante lors de ces 8 derniers mois (de juin 2021 à mars 2022).

2.3.5 Particularités des réévaluations des dossiers pour « dispositions particulières »

Au 02.02.2022, 426 personnes ont une synthèse de prise en charge dite « Dispositions particulières ».

Il s'agit de dispositions forfaitaires en vertu des articles 2 à 6 du « *Règlement grand-ducal modifié du 18.12.1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance* ». Pour mémoire, ce sont des prestations pour personnes malvoyantes ou aveugles, pour personnes malentendantes ou sourdes, ou des personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie, de dysarthrie ou de laryngectomie. Ces dispositions particulières sont non cumulables entre elles. Dès qu'une personne atteint les 210 minutes de besoins dans les AEV ce droit est prioritaire sur l'attribution de ces dispositions particulières.

Les critères d'attribution de ces dispositions ont pour la plupart certes été légèrement adaptés et précisés avec l'entrée en vigueur du nouveau RGD précité au 01.01.2018, mais ces modifications sont constituées pour l'essentiel par des assouplissements des conditions à remplir.

Ces assurés remplissent donc toujours les critères en question.

Il n'y a par conséquent pas de besoin de les réévaluer en tant que tel (par le biais le plus souvent d'une nouvelle expertise). Ce serait le cas, si une demande émane d'une de ces personnes et si, en raison de nouvelles pathologies, elles venaient à nécessiter des aides dans les AEV.

En cas d'atteinte du seuil de 210 minutes par semaine d'aides et de soins dans les AEV prévue à l'article 349 du CSS, une synthèse de prise en charge se substituerait alors aux dispositions particulières (cf.

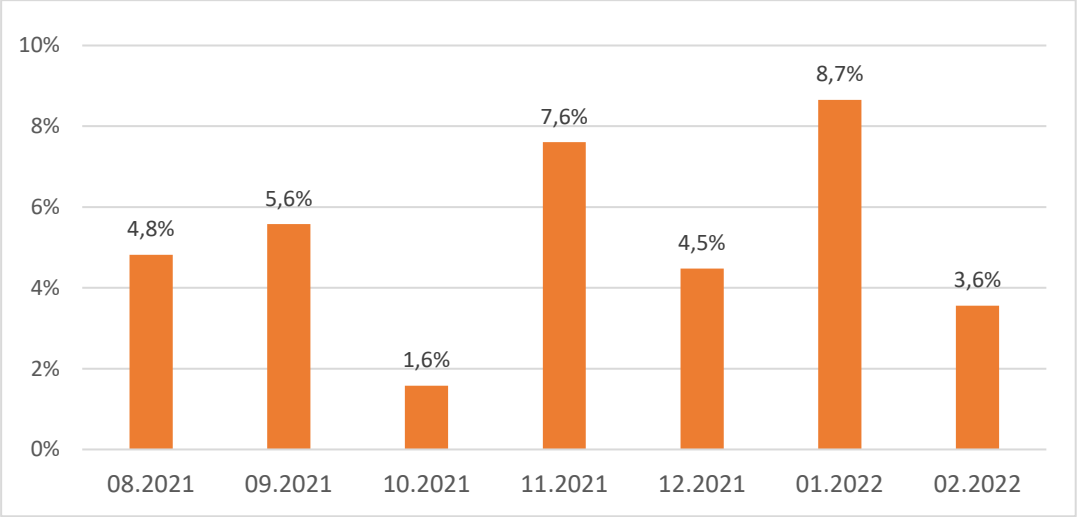
article 7 paragraphe 2 du RGD modifié du 18.12.1998 : « *la détermination du droit aux prestations en application des articles 2 à 6 ne préjudicie pas une détermination suivant les dispositions de l'article 1er, auquel cas les prestations déterminées suivant cet article se substituent aux prestations forfaitaires prévues aux articles 2 à 6* »).

En 2021, une mise à jour *administrative* de l'ensemble des dossiers qui avait été évalué avant la réforme de 2018 a cependant eu lieu.

Cela a permis de fournir à tous ces bénéficiaires une synthèse telle qu'éditée et détaillée depuis la réforme.

Grâce à cette mise à jour, l'ancienneté maximale de l'ensemble des synthèses des personnes bénéficiant des dispositions particulières est de maximum 3 ans.

2.3.6 Particularités des réévaluations ouvertes en raison d'une indisponibilité déclarée de l'aidant



Graphique 28 : Evolution de la part des réévaluations ouvertes par l'AEC en raison d'une indisponibilité de l'aidant parmi tous les réévaluations ouvertes par l'AEC (Aout 2021 – Mars 2022)

Si elles ne représentent pas une part significative de toutes les réévaluations ouvertes par l'AEC, elles sont utilisées dans la cadre de la procédure de suivi des indisponibilités de l'aidant. Ces réévaluations sont motivées soit par l'ancienneté de la synthèse, mais aussi et surtout par la volonté de revoir toute la situation de prise en charge (cf. partie aidant, chapitre IV.3 « Le suivi des indisponibilités », à la page 112).

2.4 Réévaluer pour identifier tous les aidants

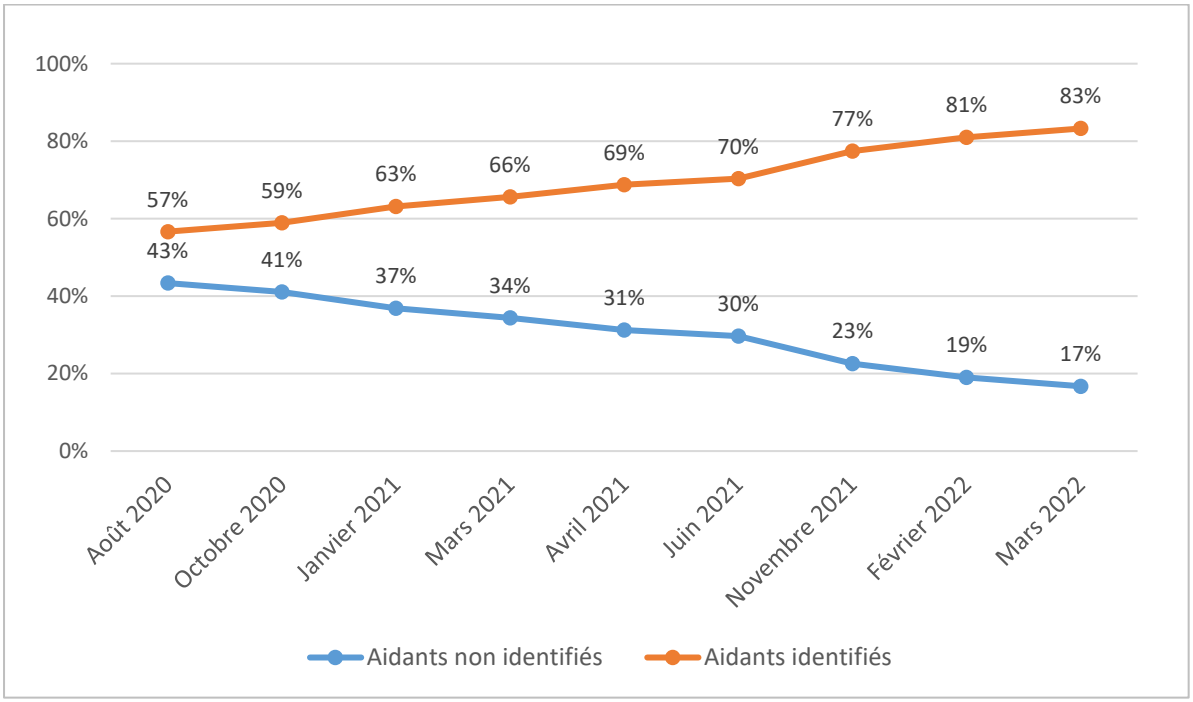
Si certaines réévaluations sont ouvertes « en réaction » à une indisponibilité de l'aidant identifiée (cf. partie précédente), de nombreuses réévaluations à domicile sont motivées par le fait qu'il est indispensable d'identifier l'aidant selon les critères de l'article 350 du CSS.

En effet, les réévaluations ne sont pas seulement l'occasion d'évaluer les besoins de la personne dépendante. Elles permettent aussi de voir qui intervient dans la prise en charge. Et il appartient à l'AEC de voir si cette tierce personne qui intervient dans cette prise en charge dans les soins est capable et disponible. Cette personne, qui aura participé à l'évaluation, sera alors officiellement identifiée comme aidant au sens de la loi. De plus, elle aura rempli une fiche de renseignement aidant, qui a été mise en place depuis la réforme de 2018 (art. 350 § 7 alinéa 2 CSS).

La politique de réévaluation appliquée depuis 2018 a participé grandement à cette identification formelle, pour atteindre à ce jour plus de 80% d'identification de tous les aidants intervenant auprès des personnes dépendantes.

Des demandes de réévaluations sont prioritairement demandées pour les bénéficiaires qui présentent ces 20% de personnes signalées comme aidantes mais non « officiellement » identifiées au sens de l'article 350. Avant la réforme de 2018, ces aidants étaient certes connus, mais non « enregistrés » et identifiés de façon aussi formelle.

Enfin, cette personne n'intervient d'ailleurs peut être déjà plus, si le prestataire l'a déclarée indisponible. Il s'agit ici d'une limite de cette analyse, qui ne permet pas de croiser ce type de données, alors que la présence de cette tierce personne n'est peut-être plus « active ».



Graphique 29 : Impact de la politique de réévaluation dans l'identification formelle de l'aidant (cf. selon critères de l'art.350 du CSS)

2.5 Réévaluer en collaboration avec les prestataires via l'outil mySecu

Pour garantir la mise à jour régulière des synthèses de prise en charge, un projet novateur dans le cadre de la dématérialisation du flux des données (cf. plateforme mySecu), en collaboration avec les prestataires et le Centre informatique de la sécurité sociale (CISS), permet aujourd'hui à l'AEC de traiter des données actualisées par le prestataire sur l'état de dépendance de l'assuré.

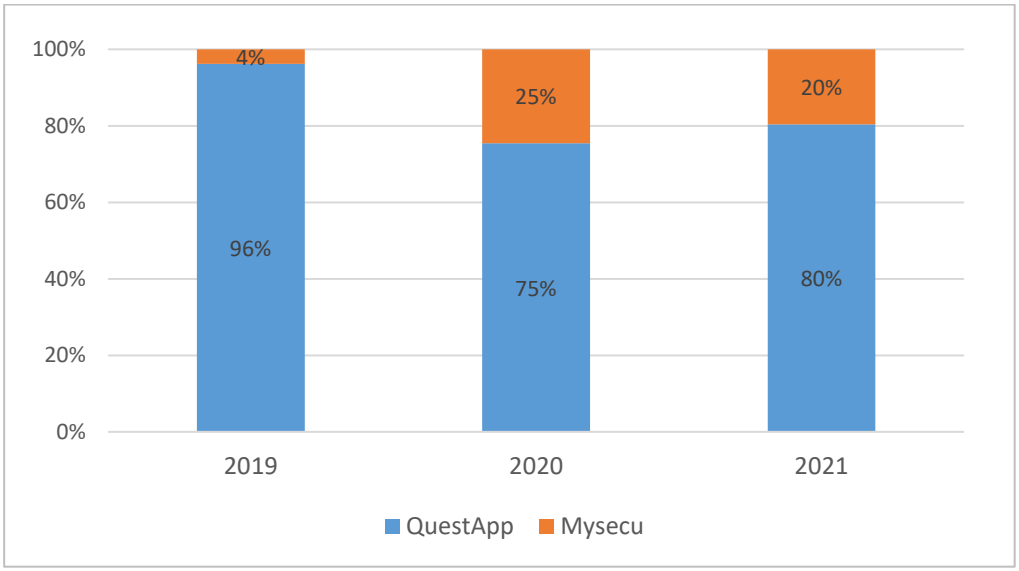
Basé sur la confiance et le professionnalisme des professionnels des prestataires et ceux de l'AEC, cette manière de fournir des informations actualisées sur les besoins en aides et soins de la personne dépendante a permis le traitement de nombreux dossiers de réévaluation.

Mis en place en juillet 2019 et déployé tout d'abord auprès des prestataires du secteur stationnaire (MDS et CIPA) pendant le deuxième semestre 2019, l'outil de réévaluation via la plateforme mySecu a été ensuite déployé auprès des réseaux d'aides et de soins pendant le deuxième trimestre 2020.

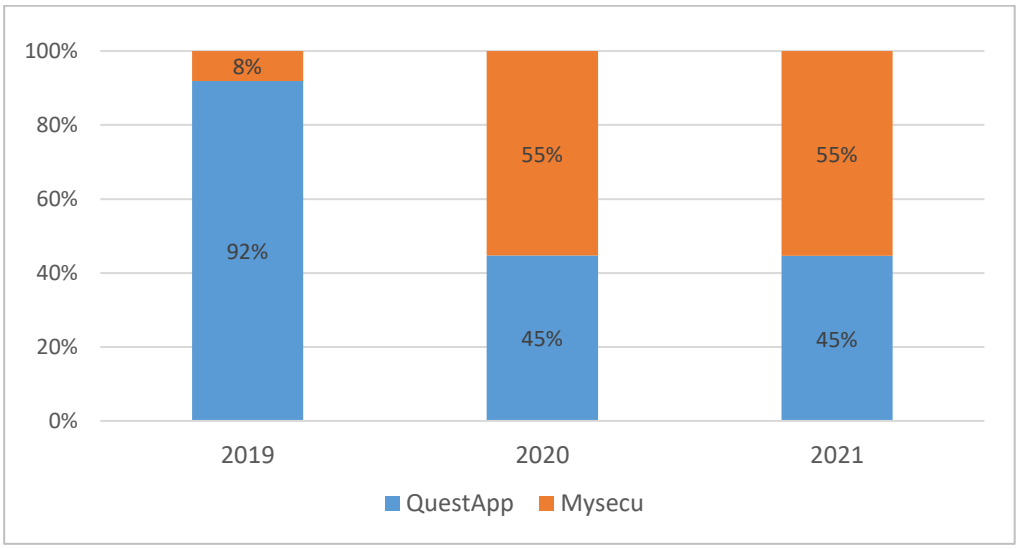
Si au moment du déploiement, une équipe réduite de référents de l'UQC était chargée de réceptionner et d'analyser les démarches envoyées par les prestataires afin de les soutenir et de s'assurer de la

qualité des informations transmises, à ce jour, tous les référents de l'AEC sont en mesure de déterminer les synthèses de prise en charge sur base des informations transmises. La participation de l'ensemble des référents a, à ce titre, permis une montée en puissance de l'utilisation de cet outil spécifique de réévaluation.

Étant donné que l'ensemble des référents de l'AEC déterminent les prestations requises pour le bénéficiaire d'aides et de soins, les référents de l'UQC continuent à s'assurer que les informations renseignées correspondent aux standards attendus par l'AEC.



Graphique 30 : Type de traitement des réévaluations (ESC et DOM)



Graphique 31 : Type de traitement des réévaluations en ESC

La part des dossiers traités par mySecu en 2020 est plus importante qu'en 2021.

En 2020, il est important de noter que cet outil de réévaluation a été exceptionnellement utilisé, d'un commun accord avec les prestataires, pour établir des synthèses pour des premières demandes en établissement, pour la période où les évaluations n'étaient pas possibles en MDS et CIPA.

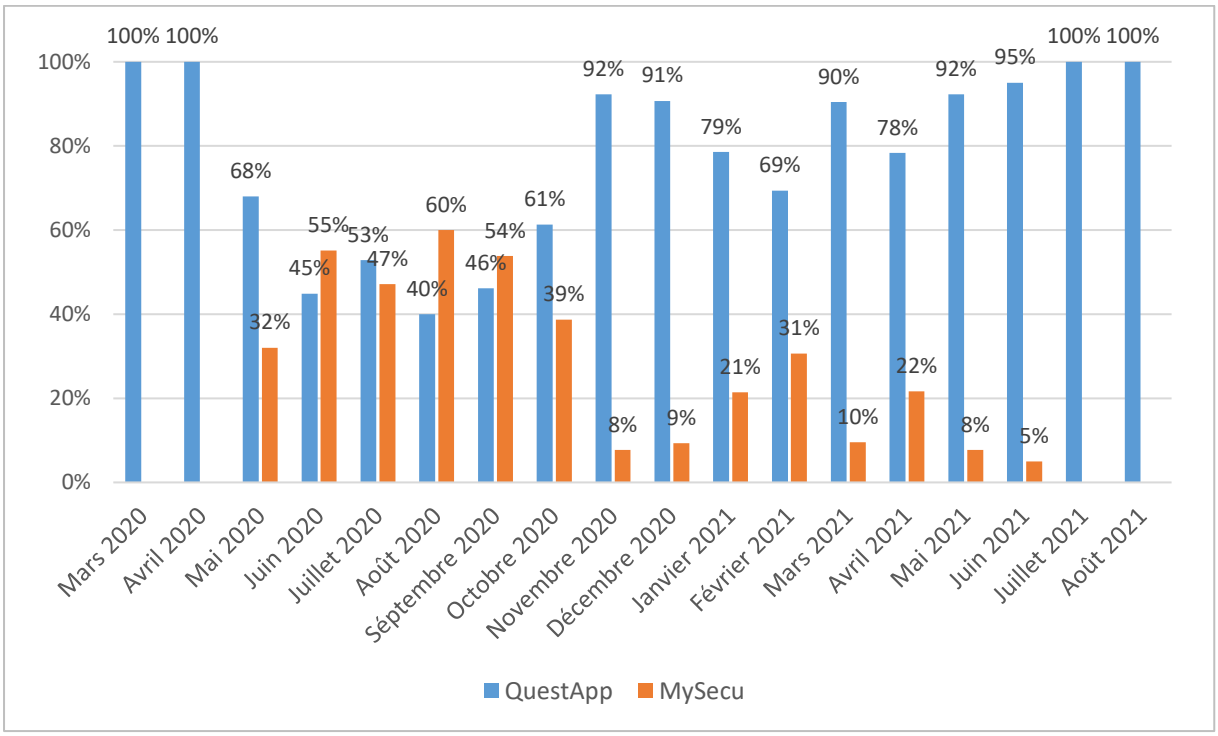
En effet, en raison de la pandémie de Covid-19, l'accès aux ESC était impossible, mais il était important que les demandeurs de prestations de l'assurance dépendance soient fixés sur leur niveau de

dépendance et puissent disposer de leur synthèse de prise en charge. Si les aides et soins sont assurés selon les besoins, l'absence ou la présence d'une synthèse peut avoir une répercussion financière importante pour le résident de l'ESC.

Aussi, en collaboration avec les prestataires et la COPAS, il a été décidé que tant que les ESC étaient fermés, les premières demandes pouvaient être exceptionnellement traitées via l'outil mySecu. Ceci explique la surreprésentation des dossiers traités via mySecu en 2020, correspondant à la période de confinement et de fermeture des ESC, par rapport à 2021.

Le graphique ci-dessous montre l'utilisation de l'outil mySecu pour le traitement des premières demandes, correspondant aux périodes ou l'accès aux établissements à séjour continu était limité, voire impossible (période de fermeture = confinement général ou fermeture ponctuelle dans le cadre de l'augmentation de certains établissements).

À ce jour, l'outil mySecu n'est plus utilisé que dans le cadre des demandes de réévaluations.



Graphique 32 : Part des premières demandes traitées via l'outil mySecu en ESC (période de confinement)

3. Conclusion « Politique de réévaluation »

Le législateur a décidé d'une ambitieuse politique de réévaluation que l'AEC met en œuvre depuis la réforme de 2018.

En générant elle-même de nombreuses réévaluations (60% des réévaluations sont des réévaluations ouvertes par l'AEC), l'AEC participe à diminuer l'ancienneté des synthèses existantes, permettant, à ce jour, d'avoir près de 80% des synthèses de prise en charge ne présentant pas une ancienneté de plus de 3 ans.

Chez les enfants, on observe des fréquences de réévaluation très régulière de leurs besoins suivant leur évolution, certes, mais permettant aussi un suivi de leurs aidants en adaptant, le cas échéant, les

mesures de répit, complétant, lorsque c'est possible, les autres mesures en place (école, maison relais, prise en charge spécifique).

Le traitement des dossiers en fonction de leur spécificité montre les priorités que s'est fixées l'AEC avec une action notamment sur les synthèses les plus anciennes et des réévaluations après une admission en établissement.

Cette volonté de réévaluer ne peut s'exprimer pleinement sans un investissement important des référents de l'AEC, mais aussi des prestataires qui utilisent l'outil mySecu pour fournir des données à l'AEC, participant à cette mise à jour des synthèses.

L'AEC continue également de se doter d'outils pour être en mesure d'affiner ses suivis et ses constats, en allouant des ressources à l'analyse des types de dossiers, leur ancienneté et évolution dans le temps.

Le cercle vertueux lié à la politique de réévaluation amène finalement à offrir aux personnes dépendantes un suivi plus soutenu de leur dossier.

IV. LE SUIVI ET LA CONNAISSANCE DE L'AIDANT

1. Introduction partie « Aidant »

L'aidant est une personne qui participe aux aides et soins de manière régulière, au moins une fois par semaine. Cette personne peut être retenue, sous certaines conditions, comme aidant. L'aidant peut être un membre de la famille, de l'entourage proche, ou un professionnel engagé par la personne dépendante en dehors d'un réseau d'aides et de soins (cf. article 350 du CSS).

La présence de l'aidant est obligatoire lors de l'évaluation des besoins de la personne dépendante par le référent de l'AEC. Les capacités et disponibilités de l'aidant à assumer tout ou partie des aides et soins sont également évaluées et l'aidant retenu s'engage à assurer les aides et soins prévus dans la synthèse de prise en charge et se voit proposer des mesures de répit et de soutien.

Si cette personne est retenue comme aidant, elle assure les aides et soins seule ou en collaboration avec un réseau d'aides et de soins, et un forfait de prise en charge (prestations en espèces) est payé à la personne dépendante pour la réalisation des actes essentiels de la vie et/ou des activités d'assistance à l'entretien du ménage. Le forfait alloué est exprimé en euros par semaine (prestations en espèces) et est payé à la personne dépendante afin de reconnaître l'aide fournie par l'aidant (cf. article 354 du CSS).

Enfin, lors de chaque réévaluation, l'AEC réévalue la totalité de la synthèse de l'assuré: l'ensemble des aides et soins dans les actes essentiels de la vie, les activités, la répartition de l'exécution des prestations entre l'aidant et le prestataire mais également les capacités et disponibilités de l'aidant.

Cette partie a pour but de décrire le profil des personnes qui ont été retenues comme aidant. Une évolution sur les 3 dernières années disponibles enrichit ce suivi. De plus, elle vise à décrire l'évolution des aidants constatée lors des réévaluations.

Les données présentées sont issues des informations collectées par les référents lors de leurs évaluations et sont enrichies à différents endroits, lorsque cela est pertinent, de croisements de données issues des synthèses de prise en charge ou de données d'études réalisées à l'étranger.

Un paragraphe est également consacré à la procédure de suivi des indisponibilités des aidants.

Enfin, un dernier chapitre aborde, sans entrer dans le détail, des résultats de la grande enquête à domicile qui a été conduite par TNS Ilres, en 2021, sous mandat de l'AEC, auprès de 295 bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance résidant à domicile mais aussi de 194 aidants.

L'ensemble des résultats a été présenté par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale en mai 2022. Toutes les informations relatives à l'étude sont à disposition sur le site de l'AEC www.assurance-dependance.lu

2. Typologie des aidants

Pour être reconnu comme aidant par l'AEC au sens de la loi, une intervention doit se faire dans les actes essentiels de la vie d'une personne dépendante au moins une fois par semaine et jusqu'à la synthèse prochaine. L'aidant doit être présent lors de l'évaluation de la personne dépendante et le référent renseigne dans son outil d'évaluation, dans une rubrique dédiée, des informations d'ordre général, pour identifier cette personne participant aux aides et soins, mais aussi pour être en mesure de se prononcer sur son intervention dans les aides et soins.[17]

Les données qui ont servi à cette analyse sont extraites de la base de données de l'AEC. Les résultats présentés dans cette partie font état des données récoltées par les référents lors des évaluations des

[17] Source : Outil d'évaluation QUESTAPP et extraction : DWH de l'AEC

besoins des demandeurs et/ou des bénéficiaires de prestations et renseignées dans l'outil d'évaluation.

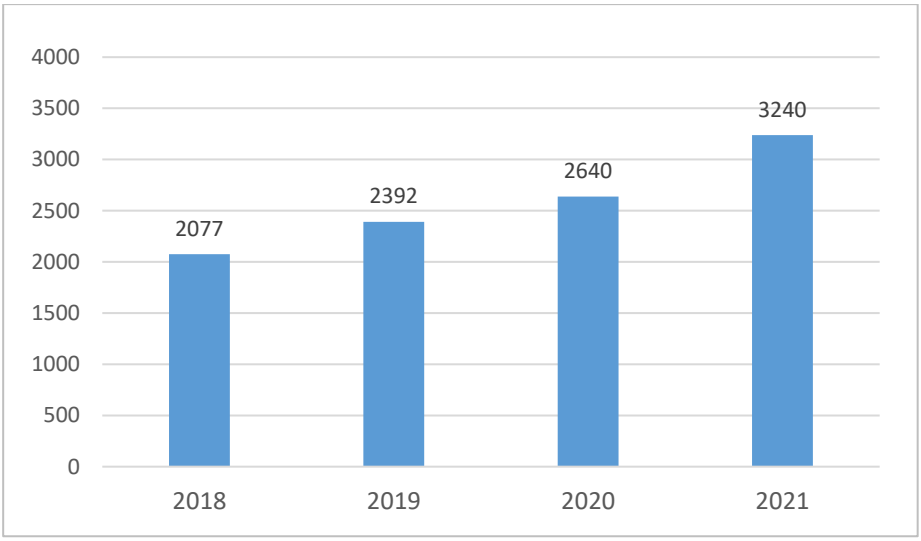
Pour ce qui est de la méthodologie des chiffres traités et visualisés dans les graphiques en terme de période analysée, il est à noter qu'une différenciation par année n'a été appliquée que lorsqu'il y a eu une variation pertinente entre les différentes années considérées. Lorsqu'il n'y a eu quasiment pas de variation ou que celle-ci était minime, la moyenne des 4 années a été choisie comme mode de visualisation pour faciliter la lecture.

2.1 Nombre d'aidants identifiés

Contexte général : À la date du 01.03.2022, 14784 personnes bénéficient d'une prise en charge des aides et soins par l'assurance dépendance du Grand-Duché de Luxembourg (résidents). 8785 d'entre elles vivent à domicile représentant deux tiers de l'ensemble des personnes prises en charge (62,8%). Un aidant est présent pour 72% de ces bénéficiaires à domicile (ensemble des synthèses).

Les chiffres qui suivent ne reflètent pas une situation instantanée, mais rendent compte d'une situation dynamique. C'est l'évolution dans le temps des données disponibles qui est analysée par la suite. Ainsi, il n'est pas pris en compte le nombre d'aidants à une date précise, mais le nombre de synthèses de prise en charge transférées par l'AEC à la CNS avec identification d'un aidant pour une période précise, notamment les années 2018-2021.

Ce nombre n'est donc pas égal au nombre réel qui était d'actualité l'année en question, puisque les aidants identifiés une fois, peuvent être identifiés une deuxième fois lors de la réévaluation de la personne dépendante. Ainsi, il se peut que des aidants identifiés en 2018 pour la première fois lors d'une évaluation suite à une première demande soient identifiés une deuxième fois en 2019 lors d'une réévaluation de la personne dépendante et même une troisième fois en 2020 et sont ainsi « comptés » plusieurs fois, alors qu'il s'agit de la même personne.

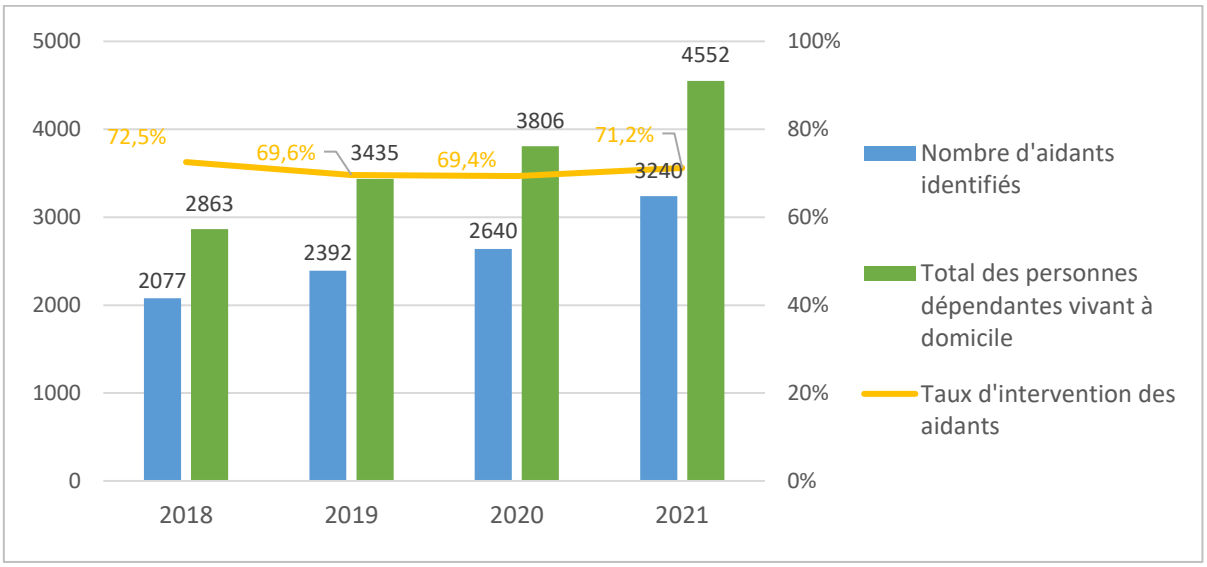


Graphique 33 : Nombre d'aidants identifiés (2018-2021)

Dans les synthèses déterminées depuis 2018, il y a eu une augmentation progressive du nombre de synthèses avec détermination d'un aidant en tant que tel par l'AEC et donc capable d'assurer la prise en charge des bénéficiaires. En 2019, ce nombre était de 2.392, ce qui correspond à une hausse de 15,2% par rapport à 2018. En 2020, ce nombre a encore augmenté de 10,4% et en 2021, l'AEC a reconnu 3.240 personnes comme aidant, ce qui correspond à une hausse de 22,7% par rapport à l'année 2020.

Cette augmentation progressive en chiffres absolues s'explique par le fait que le nombre total des

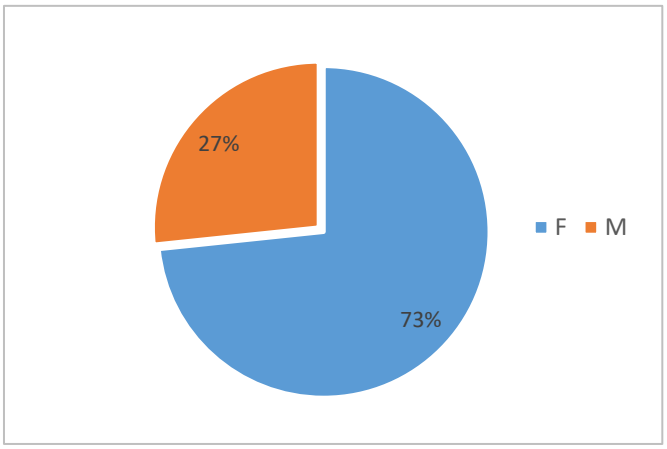
bénéficiaires a augmenté et que l'AEC a réalisé en général davantage d'évaluations et à domicile.



Graphique 34 : Evolution du nombre d'aidants en % des personnes dépendantes vivant à domicile (2018-2021), détermination depuis la réforme

Le pourcentage des aidants parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile est resté quasiment stable pour la période de 2018 à 2021 avec environ 70% des personnes dépendantes vivant à domicile qui ont un aidant intervenant dans les aides et soins.

2.2 Sexe des aidants



Graphique 35 : Répartition moyenne des aidants identifiés par sexe (2018-2021)

Comme en 2018 et 2019, les deux dernières années ont été marquées par une surreprésentation des femmes dans la population des aidants avec une répartition restée quasiment stable de 73% de femmes et 27% d'hommes en moyenne pendant la période de 2018-2021.

Cette surreprésentation féminine dans la population des aidants se retrouve également dans d'autres pays voisins. En Allemagne, selon un avis de l'organisme social « Sozialverband Deutschland e.V. » le nombre d'aidants est estimé entre 3 et 5 millions de personnes, les femmes représentant 70% d'entre eux[18].

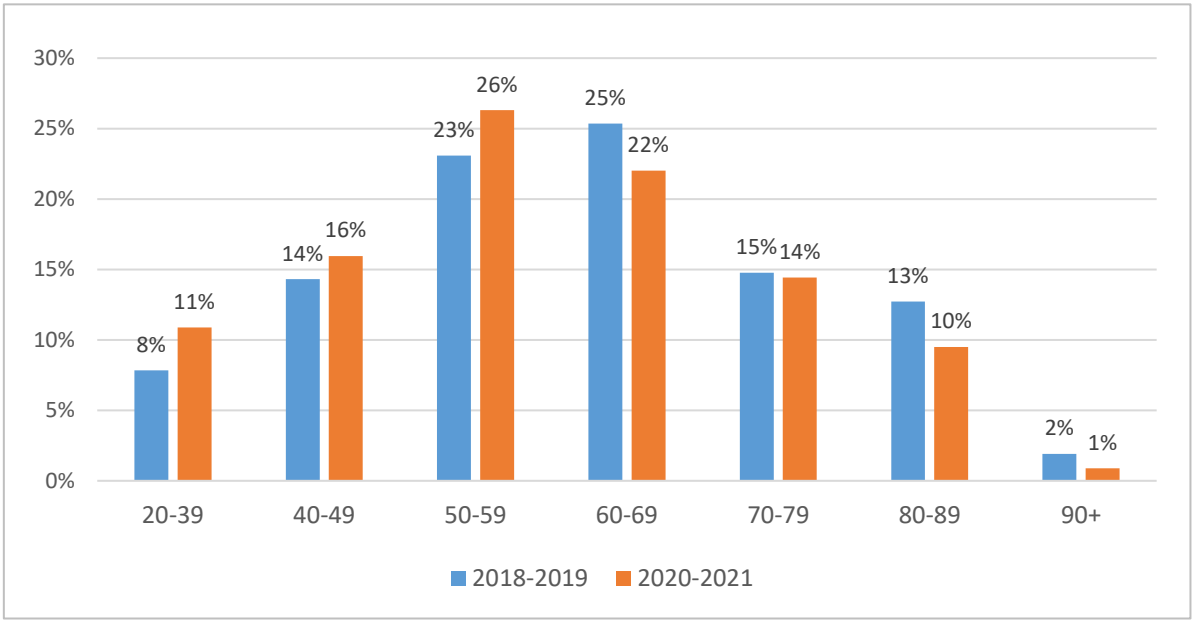
[18] Sozialverband Deutschland e.V. (2019): Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e.V., S. 40

Une étude de Nagel-Cupal et al. en 2018 mentionne qu'en Autriche, 73% des 950.000 aidants sont des femmes[19].

Avec 78,5% de femmes parmi 800.000 aidants, la Belgique montre un nombre encore plus élevé selon une enquête de Lambotte et al. de 2021[20], tandis qu'une enquête de Ipsos-Macif visant à recenser la situation globale des aidants en 2020 a montré qu'en France, la répartition des aidants par sexe est plutôt équilibrée avec 49% de femmes parmi 11 millions d'aidants[21].

Un mandat de recherche de l'office fédéral de la santé publique Suisse publié en 2019 a montré une situation similaire pour la Suisse avec 54% de femmes parmi 592.000 aidants[22].

2.3 Âge des aidants



Graphique 36 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge (2018-2019 et 2020-2021)

La répartition des aidants par classe d'âge a connu de légers changements au cours des 4 dernières années. En 2018 et 2019, la classe d'âge majoritairement représentée était celle des aidants âgés entre 60 et 69 ans avec 25%, alors que pour les années 2020 et 2021, la classe d'âge majoritaire est celle des entre 50 et 59 ans avec 26%. La part des jeunes aidants âgés entre 20 et 49 ans a augmenté en 2020 et 2021 avec 27% par rapport à 22% en 2018 et 2019. Alors que la part des aidants âgés de plus de 80 ans a diminué de 15% en 2018 et 2019 à 11% en 2020 et 2021. La part des aidants âgés entre 70 et 79 ans n'a pas connu de changements significatifs, étant de 15% pendant les années 2018 et 2019 et de 14% pendant les années 2020 et 2021.

Une répartition similaire des aidants par âge se retrouve également dans d'autres pays, pourtant une

[19] Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien, S. 44-47

[20] Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S., De Witte, N. (2021) : Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19, pp. 1-4

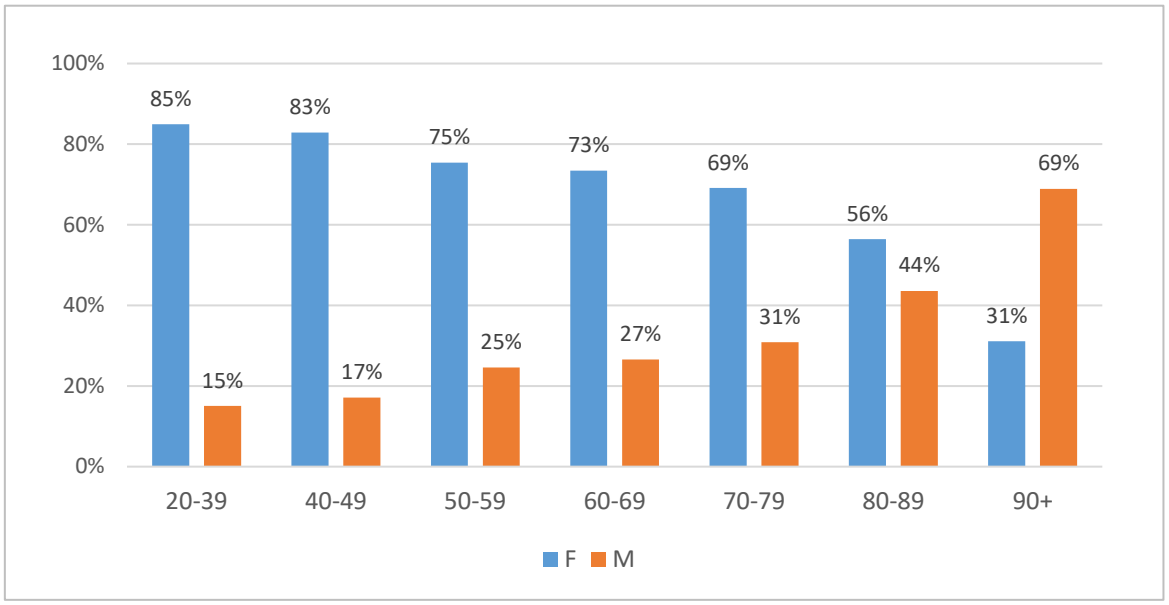
[21] https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif

[22] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., Golder, L. (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms „Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020". Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern, S. 18-21, 31.

comparaison directe peut s'avérer difficile, puisque les classifications d'âge utilisées dans les études et enquêtes menés dans les autres pays sont différentes.

Néanmoins, il ressort que la majorité des aidants en Allemagne[23], Autriche[24], Suisse[25] et en France[26] a plus de 50 ans. La classe d'âge majoritairement représentée varie de 40-55 ans en Belgique[27], 51-60 ans en Autriche et en Suisse, 54-59 ans en France et 55-64 ans en Allemagne, avec environ 31% en moyenne pour chaque pays.

2.4 Corrélation entre le sexe des aidants et la classe d'âge



Graphique 37 : Répartition des aidants identifiés par classe d'âge et par sexe (2018-2021)

Les résultats montrent que la plupart des aidants de sexe féminin sont plus jeunes que les aidants de sexe masculin. La part des femmes considérées comme aidants diminue avec l'âge. Ainsi, la classe d'âge de 20-39 ans représente 85% des femmes et 15% d'hommes. En revanche, 69% des aidants âgés de plus de 90 ans sont des hommes et uniquement 31% sont des femmes.

[23] TNS Infratest Sozialforschung (2017): Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I), München, S. 56-57

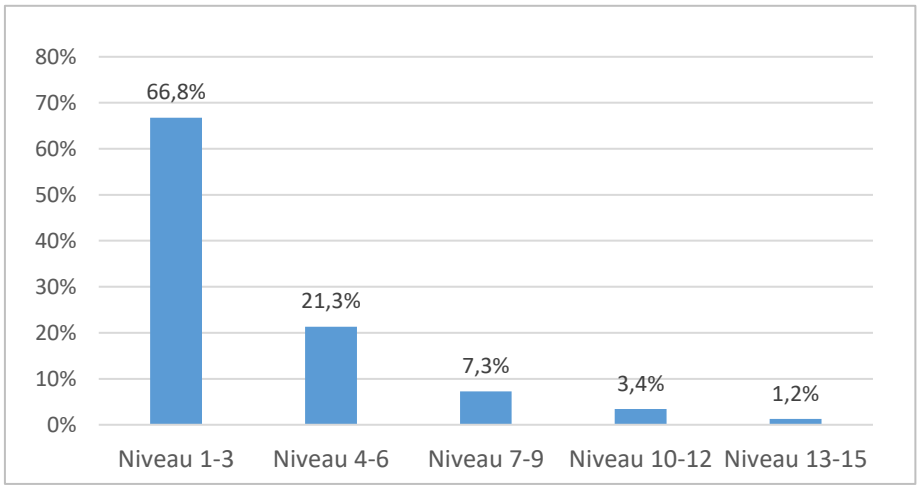
[24] Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien, S. 44-47

[25] Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., Golder, L. (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms „Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020". Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern, S. 18-21, 31.

[26] https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif

[27] Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S., De Witte, N. (2021) : Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19, pp. 1-4

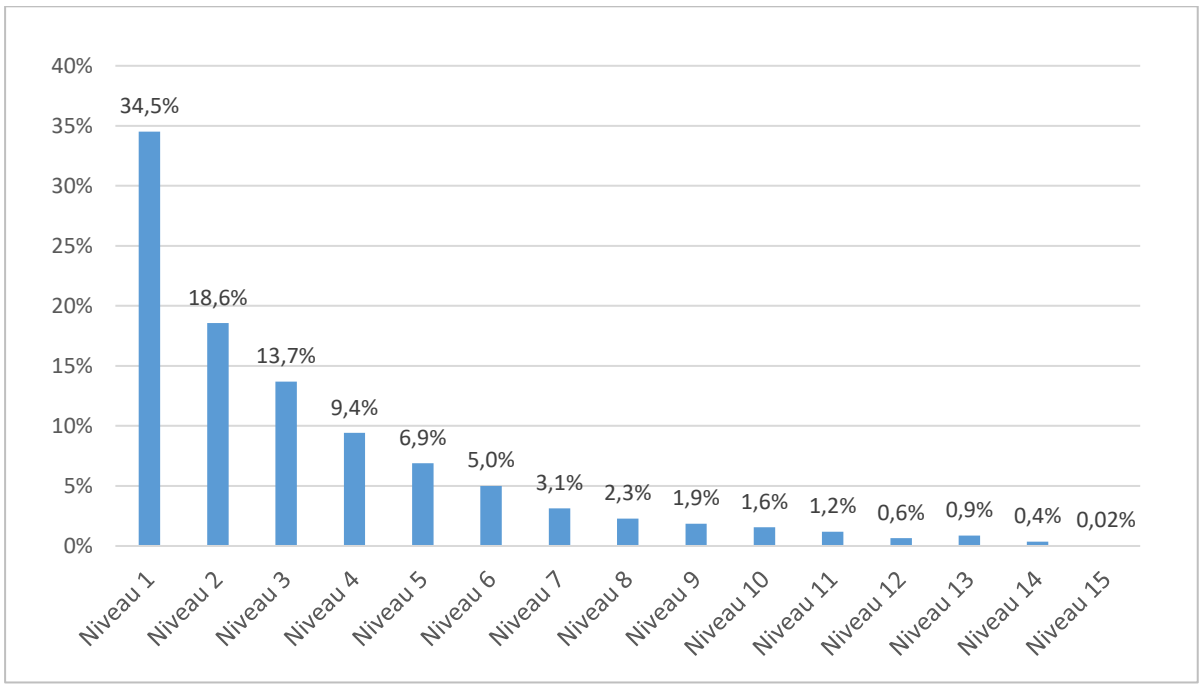
2.5 Niveau de dépendance de la personne dont s'occupe l'aidant



Graphique 38 : Répartition des aidants par niveau de dépendance – niveaux regroupés (2018-2021)

Tous les niveaux de dépendance sont représentés parmi les personnes dépendantes prises en charge par les aidants. La répartition est restée relativement stable au cours de 4 dernières années avec deux tiers des aidants (66,8%) intervenant auprès des personnes présentant un niveau de dépendance entre 1 et 3. Seulement 3,4% des aidants s'occupent d'une personne avec un niveau de dépendance entre 10 et 12 et uniquement 1,2% d'une personne présentant un niveau de dépendance supérieur à 13.

Il est à noter que cette analyse prend en compte tant les aidants qui interviennent tout seuls auprès des personnes dépendantes que ceux qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins.



Graphique 39 : Répartition des aidants par niveau de dépendance – tous les niveaux (2018-2021)

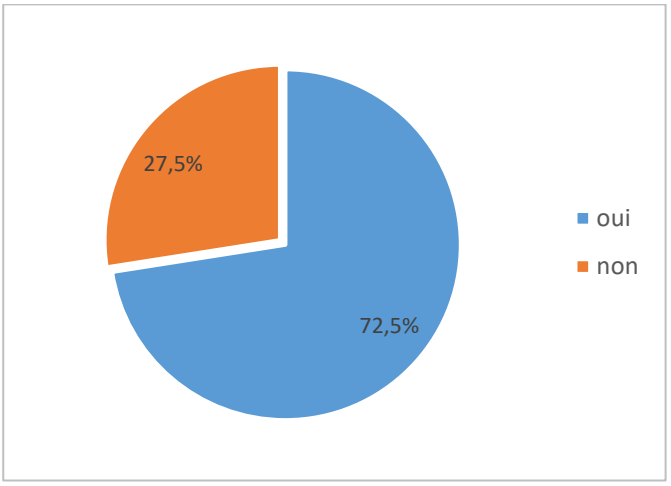
Cette analyse reprend la répartition détaillée des aidants par niveau de dépendance. On peut voir ainsi que la grande majorité des aidants avec 34,5% s'occupe d'une personne avec un niveau de dépendance 1 et que la part des aidants diminue tout de suite avec un niveau de dépendance plus élevé. En effet,

la part des aidants s'occupant d'une personne avec un niveau de dépendance 2 est de 18,6%. Donc, un peu plus que la moitié (53,1%) des aidants intervient auprès des personnes présentant un niveau de dépendance entre 1-2. Seulement environ 1 aidant sur 10 (12,02%) s'occupe d'une personne avec un niveau de dépendance supérieur à 7.

2.6 Répartition entre aidant et réseau d'aides et de soins

Outre le niveau de dépendance déterminé lors des évaluations par les référents et retenu dans la synthèse de prise en charge, le référent détermine si une répartition entre l'aidant et un réseau d'aides et de soins est nécessaire pour garantir la prise en charge de la personne dépendante et, si oui, à quel degré le réseau d'aides et soins doit intervenir. Pour cela, un forfait de prestations en nature (PN) entre 0 et 15 est attribué. Chaque forfait correspond à une durée hebdomadaire d'aides et de soins, exprimée en minutes, payée au réseau d'aides et de soins si le prestataire assure les aides et soins pendant la durée comprise dans une des 16 fourchettes déterminées.

Un forfait PN de -1 est attribué lorsqu'il n'y a pas de nécessité qu'un réseau d'aides et de soins intervienne et que l'aidant intervient sans aide professionnelle. Plus le forfait PN est élevé, plus le réseau d'aides et soins intervient. Pourtant, le forfait PN ne permet pas d'identifier l'ampleur ou la fréquence de l'intervention de l'aidant, mais uniquement celle du réseau d'aides et de soins.



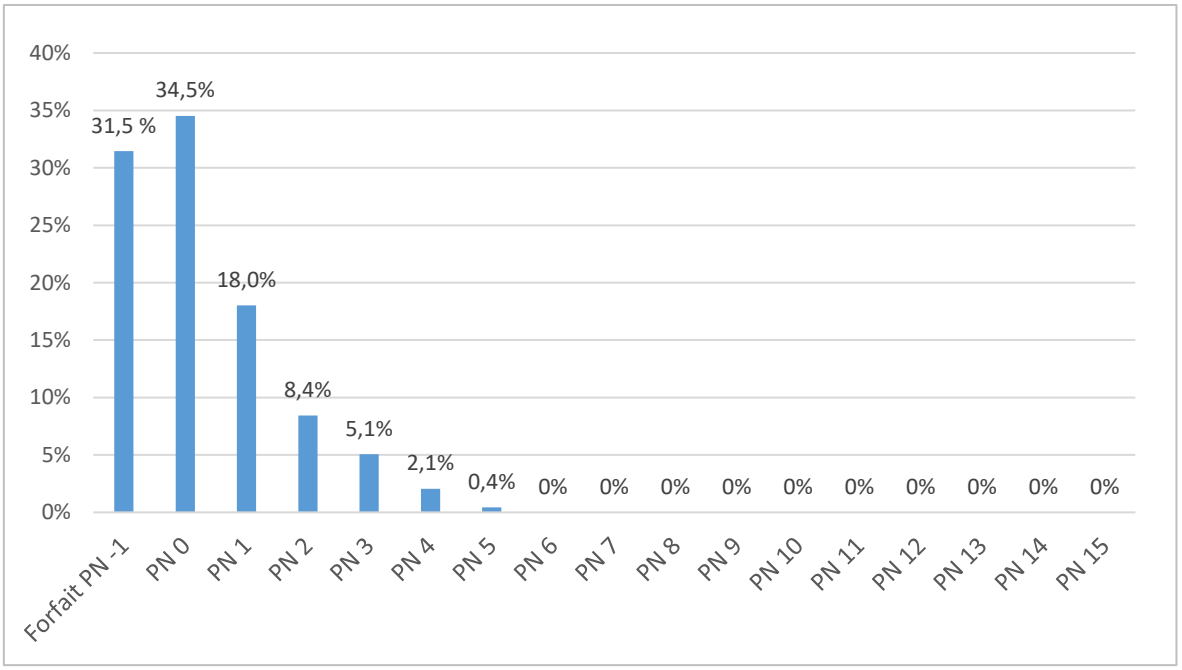
Graphique 40 : Part des aidants qui sont soutenus par un réseau d'aides et de soins (2018-2021)

La part des aidants s'occupant d'une personne avec un forfait PN différent de -1, c'est-à-dire des aidants soutenus par un réseau d'aides et de soins, s'élevait en moyenne à 72,5% pour les années 2018-2021.

Les graphiques suivants montrent la répartition des aidants selon le forfait PN et répartis entre trois regroupements des niveaux de dépendance (1-5, 6-10, 11-15) pour l'année 2021. Ceci permet d'analyser la répartition des prestations entre aidant et réseau d'aides et de soins plus en détail et selon le niveau de dépendance de la personne dépendante.

2.6.1 Répartition si niveau de dépendance 1 à 5

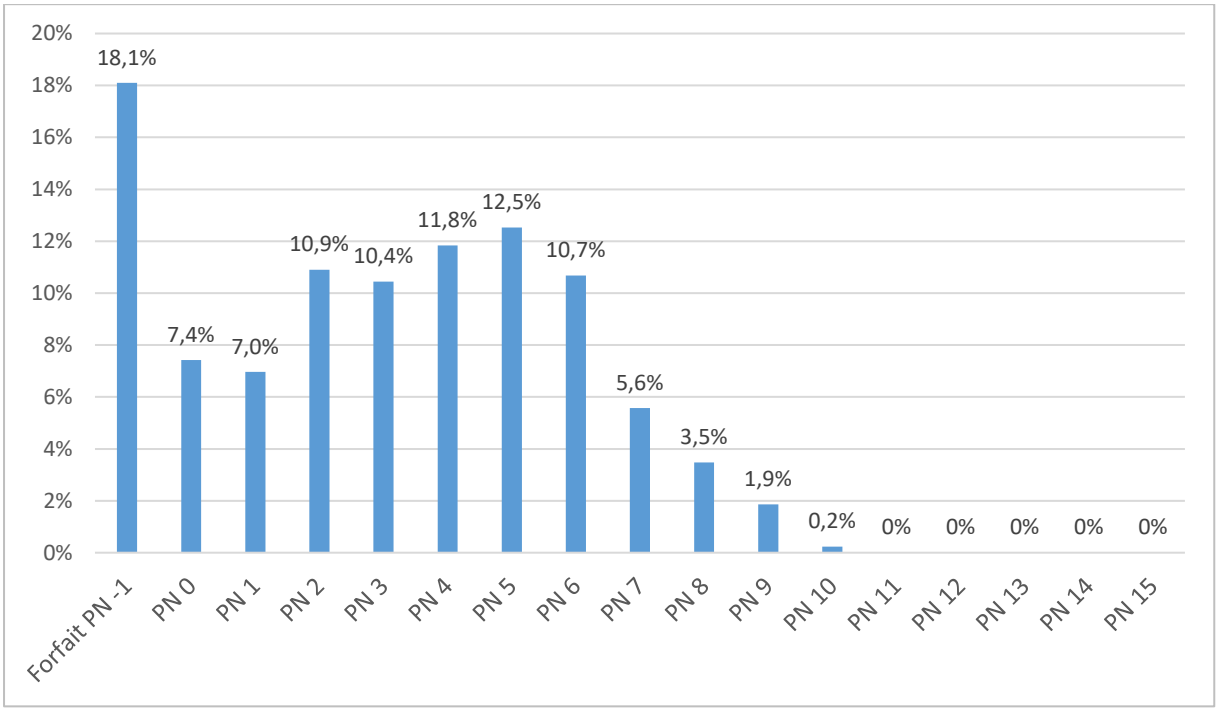
n.b. : Le forfait PN=-1 n'existe pas au sens de la loi. Il est cependant utilisé dans les trois graphiques suivants. Cette dénomination est utilisée au niveau de la facturation afin de signifier qu'il n'y a aucune répartition et qu'il n'y a donc pas du tout d'intervention d'un prestataire. Aucun forfait en nature n'est prévu au niveau de la synthèse.



Graphique 41 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 1-5 (2021)

En 2021, parmi les aidants intervenant auprès d'une personne présentant un niveau de dépendance entre 1-5, le recours aux professionnels était limité dans le sens où, parmi ces personnes, il n'existe pas de synthèses de prise en charge prévoyant un forfait de prestations en nature (PN) supérieur à 5. Un tiers (31,4%) des aidants s'occupant d'une personne avec un niveau de dépendance entre 1-5 intervient sans réseau d'aides et de soins (forfait PN -1).

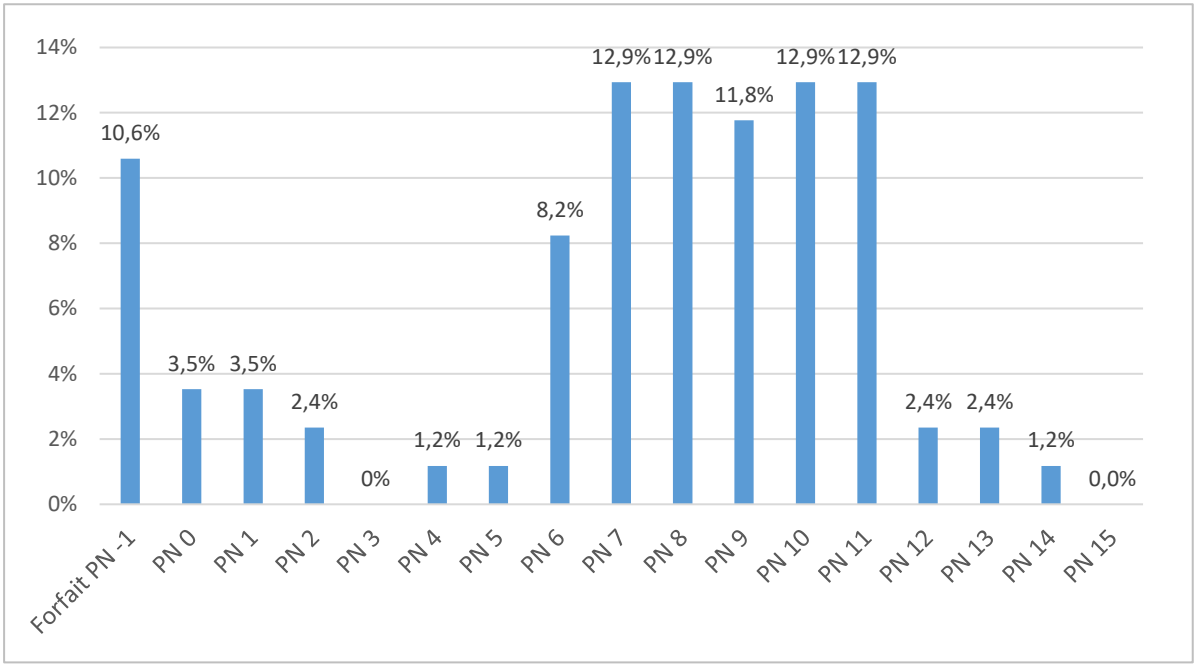
2.6.2 Répartition si niveau de dépendance de 6 à 10



Graphique 42 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 6-10 (2021)

Avec un niveau de dépendance plus élevé (entre 6-10), le recours aux réseaux d'aides et de soins augmente aussi. Plus de la moitié (56,3%) des personnes avec un tel niveau de dépendance et un aidant intervenant présentent un forfait PN entre 2-6. De plus, la part des aidants intervenant tout seuls diminue aussi avec 18,1%.

2.6.3 Répartition si niveau de dépendance 11 à 15



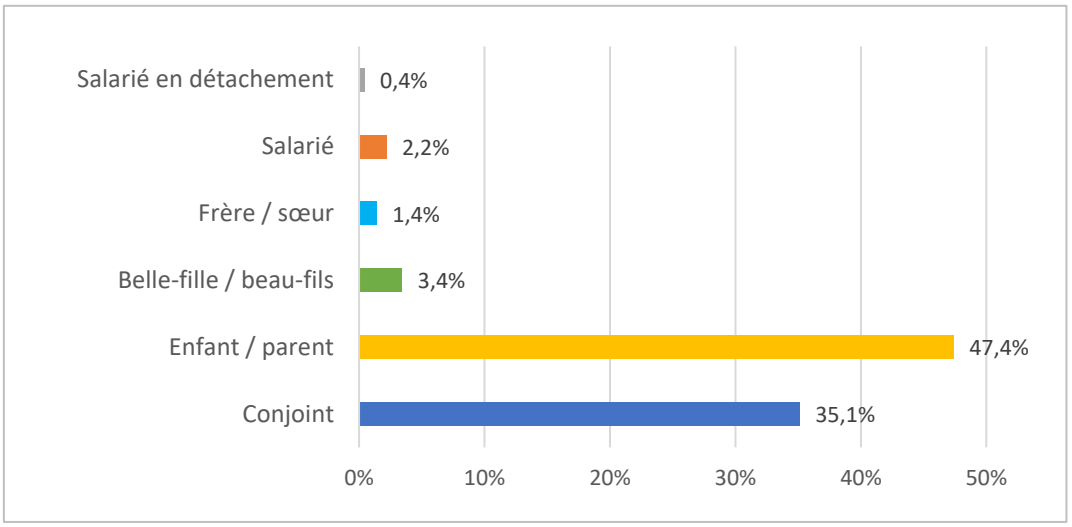
Graphique 43 : Répartition des aidants par niveau de prestations en nature (forfait PN) parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 11-15 (2021)

Le forfait PN ne dépasse pas le forfait 10 pour les personnes avec un niveau de dépendance entre 6-10. Tous les forfaits PN sont représentés parmi les personnes avec un niveau de dépendance entre 11-15 et la grande majorité (71,6%) de ces personnes présente un forfait PN entre 6-11. Plus le niveau de dépendance des personnes prises en charge par un aidant est élevé, plus le recours aux professionnels est important.

Néanmoins, 10,6% des personnes avec un niveau de dépendance élevé sont prises en charge uniquement par l'aidant et non pas par un réseau d'aides et de soins (forfait PN -1) et 9,4% sont majoritairement prises en charge par l'aidant et présentant ainsi un forfait PN entre 0 et 2.

Ces trois graphiques montrent qu'il y a un recours important aux réseaux d'aides et de soins confortant la volonté du législateur de favoriser l'aide professionnelle.

2.7 Le lien entre l'aidant et la personne dépendante

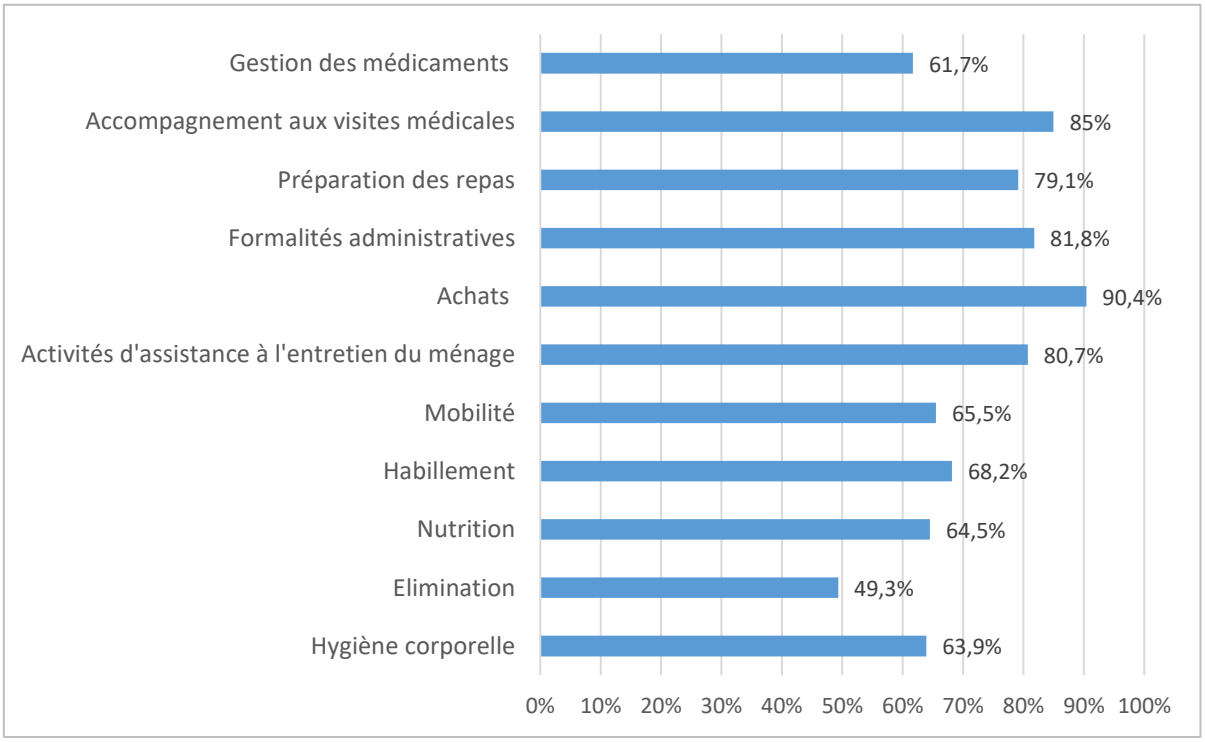


Graphique 44 : Répartition des aidants selon le lien entre l'aidant et la personne dépendante (2018-2021)

Presque la moitié des aidants (47,4%) est soit l'enfant, soit le parent de la personne dépendante. Les conjoints représentent 35,1% des aidants retenus. Ces résultats montrent que les aidants sont généralement des personnes faisant partie de l'entourage proche. Uniquement 0,4% des aidants sont des salariés en détachement (représentant 12 personnes identifiées lors de l'évaluation) et 2,2% des salariés.

2.8 L'intervention de l'aidant

2.8.1 Domaines d'intervention de l'aidant



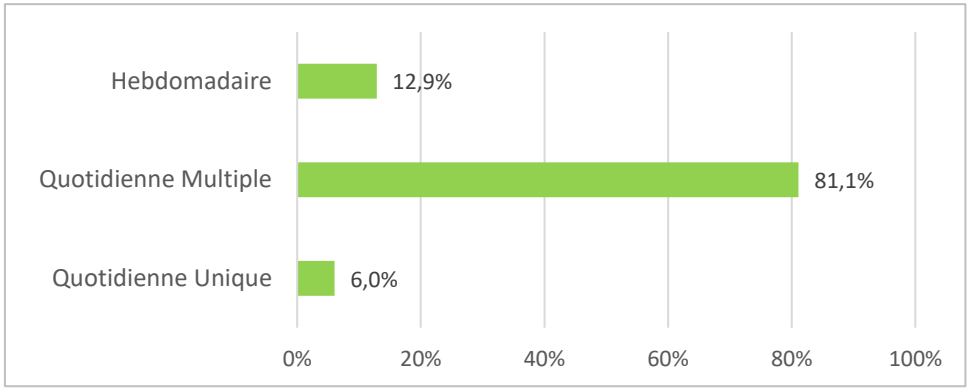
Graphique 45 : Part des domaines pris en charge par les aidants (2018-2021)

Il convient de noter que les aidants interviennent simultanément dans plusieurs domaines, notamment dans les AEV (mobilité, habillement, nutrition, élimination et hygiène corporelle), mais aussi pour soutenir la personne dans l'organisation de la vie quotidienne, la logistique domestique ainsi que dans les démarches administratives.

Pour la période de 2018 à 2021, 90,4% des aidants s'occupent des achats de la personne dépendante. Les accompagnements aux visites médicales des personnes dépendantes sont réalisés par 85% des aidants et 81,8% des aidants s'occupent également des formalités administratives.

Les AEV mobilité, habillement et hygiène corporelle sont pris en charge par environ deux tiers des aidants. À peu près la moitié des aidants (49,3%) intervient dans l'élimination (aider à faire ses besoins et à garantir sa propreté).

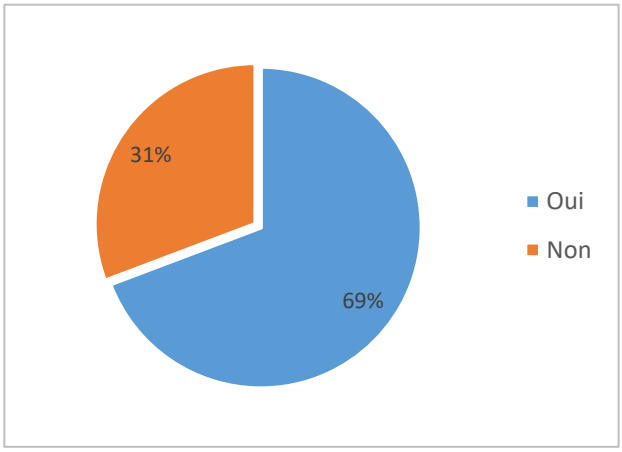
2.8.2 Fréquence d'intervention des aidants



Graphique 46 : Répartition des aidants par fréquence d'intervention (2018-2021)

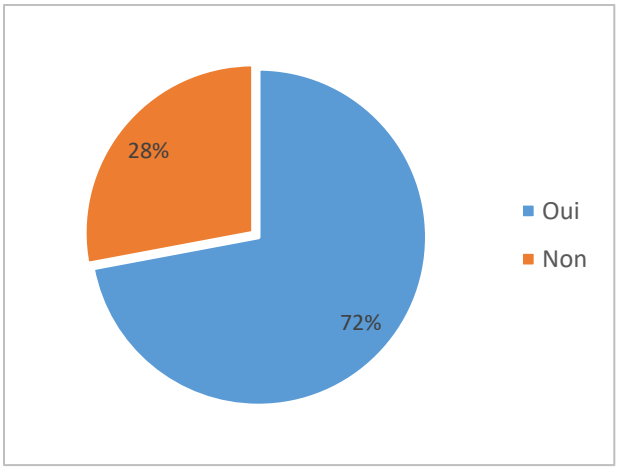
La grande majorité des aidants (81,1%) intervient plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante. 6% des aidants interviennent une fois par jour et 12,9% hebdomadairement.

2.8.3 Lieu de vie de l'aidant



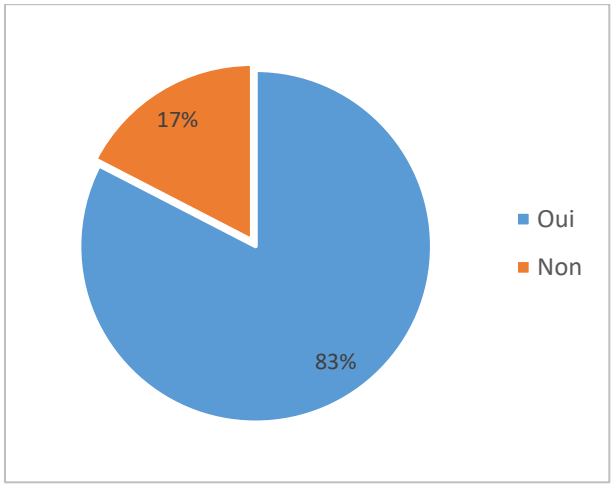
Graphique 47 : Part des aidants vivant dans le même ménage que la personne dépendante (2018-2021)

69% des aidants retenus vivent dans le même foyer que la personne dépendante. La grande majorité a donc l'avantage de ne pas devoir faire des trajets pour se rendre auprès de la personne dépendante afin de pouvoir garantir la prise en charge des aides et soins. Etant donné la sollicitation permanente de la personne dépendante qui vit dans le même foyer que l'aidant, le référent sera particulièrement attentif aux mesures de répit à proposer pour soulager l'aidant.



Graphique 48 : Part des aidants motorisés (2018-2021)

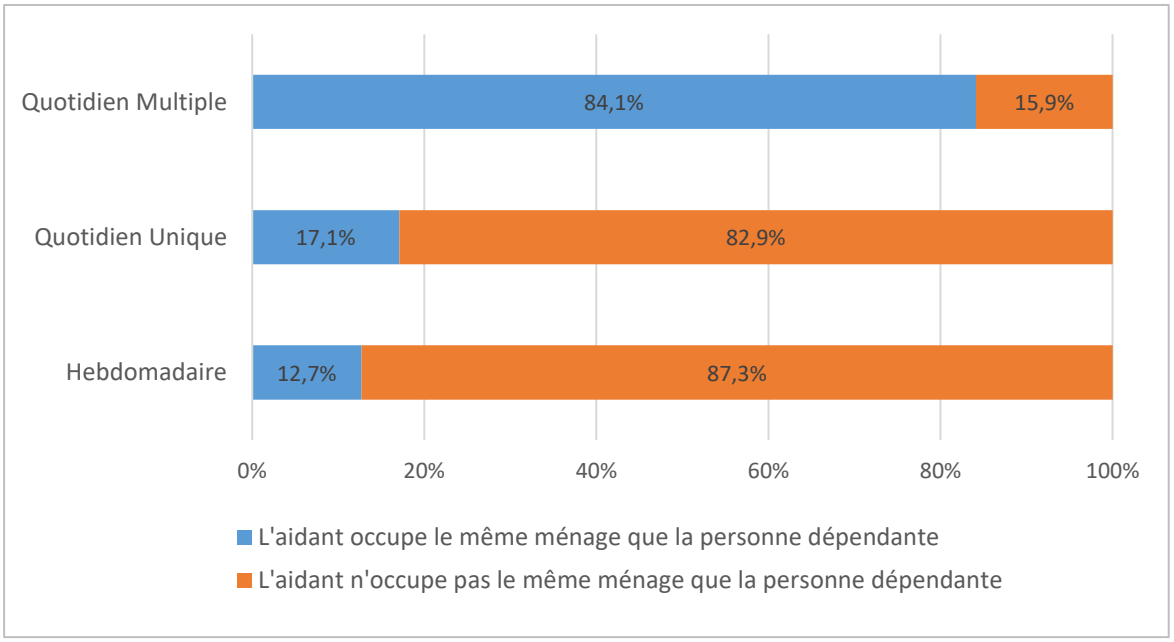
Pendant les années de référence entre 2018 et 2021, 72% des aidants étaient motorisés. C'est-à-dire, ils étaient mobiles et en mesure de faire les trajets nécessaires avec les personnes dépendantes si celles-ci ne peuvent plus conduire une voiture ou sont confrontés à d'autres contraintes au niveau des trajets en dehors de leur lieu de vie.



Graphique 49 : Part des aidants ne vivant pas dans le même ménage que la personne dépendante et étant motorisés (2018-2021)

La grande majorité des aidants ne vivant pas dans le même ménage que la personne dépendante est motorisée (83%). Il reste donc un petit nombre d'aidants qui ne vit pas dans le même foyer et qui n'est pas non plus motorisé. En 2021 ce nombre s'élevait à 130 personnes.

2.8.4 Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant



Graphique 50 : Corrélation entre lieu de vie et fréquence d'intervention des aidants (2018-2021)

84,1% des aidants qui interviennent plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante occupent le même ménage qu'elle. La majorité des aidants qui intervient une fois par jour ne vit pas dans le même ménage que la personne dépendante (82,9%). Cette tendance est également observable chez 87,3% des aidants qui interviennent hebdomadairement.

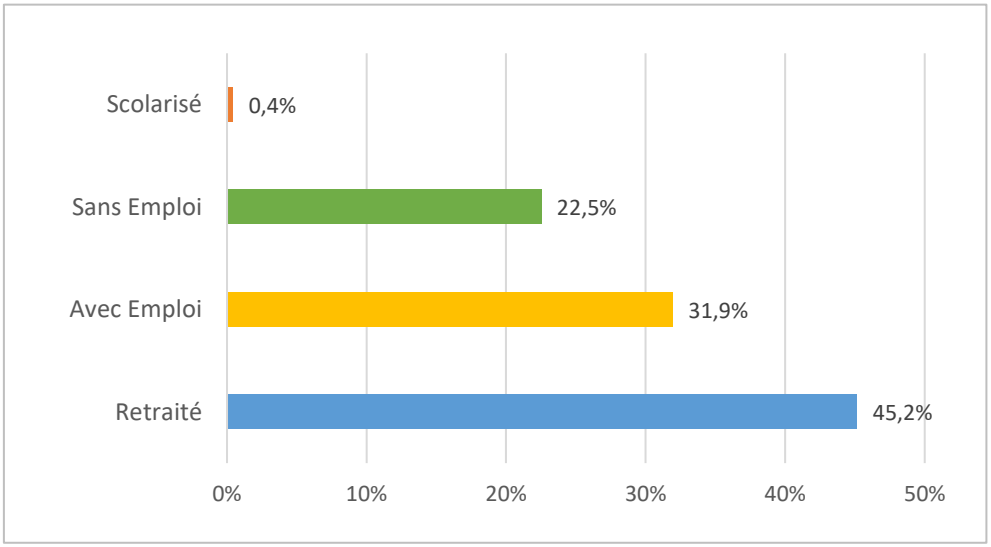
Ceci démontre dans quelle mesure le lieu de vie de l'aidant peut influer sur la fréquence d'intervention de l'aidant auprès de la personne dépendante dans le sens où les interventions quotidiennes multiples sont largement et principalement facilitées par le lieu de vie que les aidants partagent avec les bénéficiaires.

2.9 Disponibilités et occupations de l'aidant

Après avoir présenté en détail la typologie des aidants et leur implication dans les aides et soins de la personne dépendante, il est important de s'attarder sur la situation familiale et professionnelle des aidants, dans le but de connaître l'envergure de leurs occupations, éventuelles charges ou besoins.

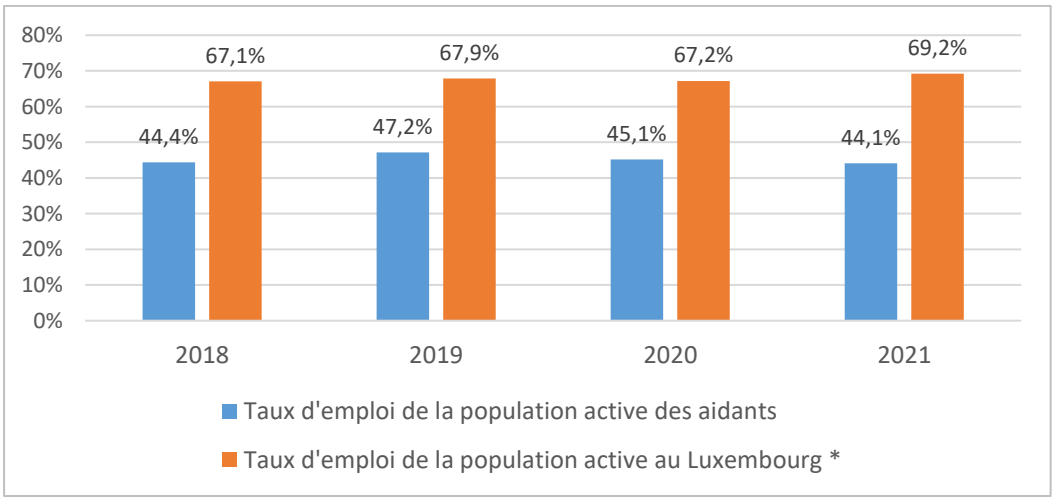
Cela informe sur la situation globale des aidants en terme de qualité de vie et permet de se faire une idée sur leurs disponibilités. À cet égard, il convient de voir aussi si l'aidant s'occupe encore d'autres personnes et s'il existe d'autres personnes dans son entourage qui soutiennent la personne dépendante et, si oui, quel rôle ils assument dans les aides et soins de la personne dépendante.

2.9.1 Occupation professionnelle



Graphique 51 : Occupation professionnelle des aidants (2018-2021)

Pendant les années 2018-2021, la situation professionnelle des aidants est restée quasiment stable. Avec plus ou moins la moitié des aidants qui a plus de 60 ans, il n'est pas surprenant que la plupart des aidants soit retraitée (45,2%). Un peu moins d'un tiers occupe un emploi (31,9%) et 22,5% sont sans emploi. Seulement une infime minorité des aidants (0,4%) est scolarisée.



Graphique 52 : Taux d'emploi de la population active (15-64 ans) parmi les aidants et au Luxembourg (2018-2021)[28]

Afin d'examiner de plus près la situation professionnelle des aidants, il est judicieux d'indiquer le taux d'emploi au sein de la population active, c'est-à-dire les personnes âgées entre 15-64 ans, tant parmi les aidants qu'au niveau national. De 2018-2021, ce taux a varié parmi les aidants entre 44,1%-47,2%. Tandis que le taux d'emploi de la population active au Luxembourg est resté quasiment stable avec 67,1%-69,2%.

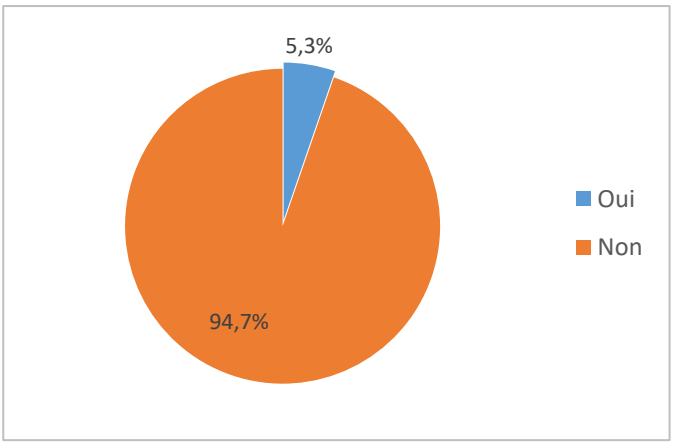
[28] Source : * STATEC, Portail statistique du Luxembourg: Taux d'emploi des personnes âgées de 15 à 64 ans (en %) 1983 – 2020. https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=12920&IF_Language=fra&MainTheme=2&FldrName=3&RFPath=92

Comparé au taux d'emploi de la population active au Luxembourg, le taux d'emploi des aidants est donc inférieur, ce qui peut s'expliquer par le fait que les aidants sont confrontés à des difficultés de disponibilités et de capacités en raison de leur engagement envers la personne dépendante et d'éventuelles autres charges familiales. L'engagement dans la vie professionnelle peut être difficile, voire même impossible.

En 2018, le taux d'emploi des aidants dans les pays voisins est aussi inférieur comparé à celui de toute la population en âge de travailler[29]. L'écart est le plus grand pour l'Autriche avec un taux d'emploi des aidants de 30%[30] et de 73% au niveau de la population active. L'Allemagne présente l'écart le plus faible avec 65%[31] des aidants qui occupent un emploi et 74,9% parmi toute la population active. Les taux d'emploi les plus élevés se retrouvent en Suisse avec 64,7%[32] des aidants et 80,1% de la population en âge actif qui sont en activité professionnelle. En France et en Belgique, la situation est très similaire à celle du Luxembourg. En Belgique, 40%[33] des aidants occupent un travail, comparé à 64,5% au niveau de la population active. En France, ce sont 47%[34] des aidants et 66,2% de toute la population active.

2.9.2 Charges familiales

2.9.2.1 Les aidants s'occupant d'une autre personne dépendante



Graphique 53 : Part des aidants s'occupant d'une autre personne dépendante (2018-2021)

94,7% des aidants identifiés ne s'occupent pas d'une autre personne dépendante. Uniquement 5,3% des aidants s'occupent également d'une autre personne dépendante.

[29] OCDE (2021): Taux d'emploi (indicateur). doi: 10.1787/f58ea354-fr (Consulté le 05 novembre 2021)

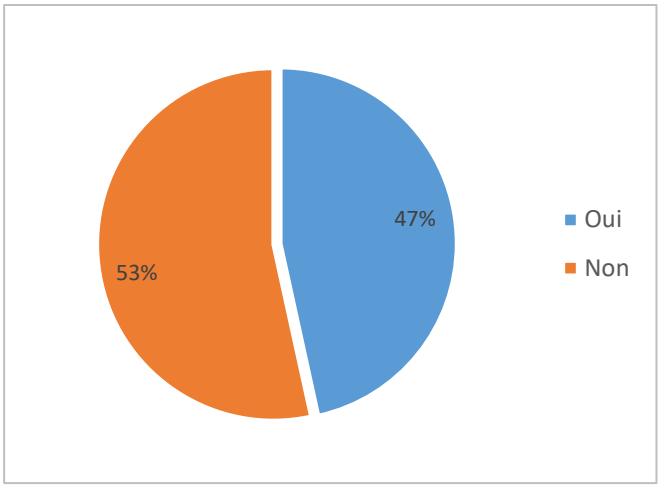
[30] Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Universität Wien, S. 44-47

[31] Sozialverband Deutschland e.V. (2019): Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverband Deutschland e.V., S. 40

[32] Otto, U. et al. (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern, S. 18-21, 31

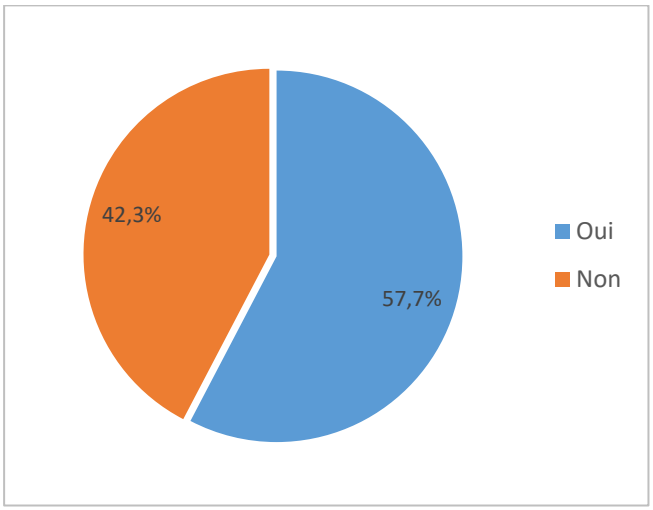
[33] Lambotte, D., De Koker, B., Brisack, S., De Witte, N. (2021) : Analyse statistique de l'enquête sur le vécu des aidants proches pendant le confinement lié à la COVID-19, pp. 1-4

[34] http://www.lamaisondesaidants.com/les-salaries-aidants-plus-de-solidarite-de-la-part-des-entreprises/



Graphique 54 : Part des aidants s'occupant d'une autre personne dépendante vivant dans le même ménage que l'autre personne dépendante (2018-2021)

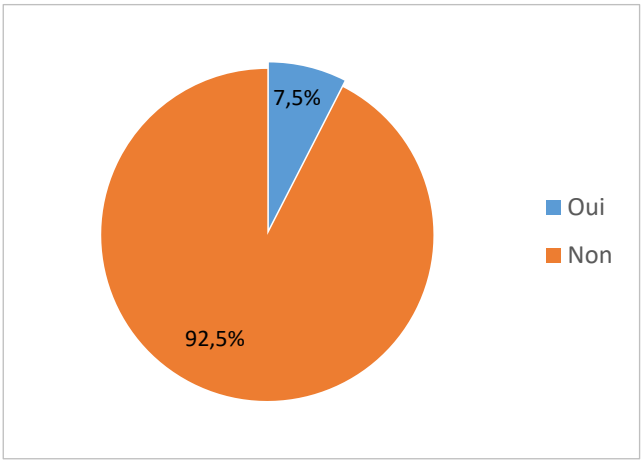
Selon les données recueillies entre 2018 et 2021, 47% des aidants retenus qui s'occupent déjà d'une autre personne dépendante vivent également dans le même foyer que celle-ci.



Graphique 55 : Part des personnes dépendantes qui occupent le même ménage que l'autre personne dépendante dont s'occupe l'aidant (2018-2021)

Dans 57,7% des cas, le bénéficiaire et l'autre personne dépendante dont l'aidant s'occupe vivent dans le même ménage. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la personne évaluée et l'autre personne dépendante sont souvent membres de la même famille, ce qui rejoint les résultats vus dans le chapitre 2.7, « Le lien entre l'aidant et la personne dépendante », à la page 98.

2.9.2.2 Les aidants s'occupant d'enfants/petits-enfants

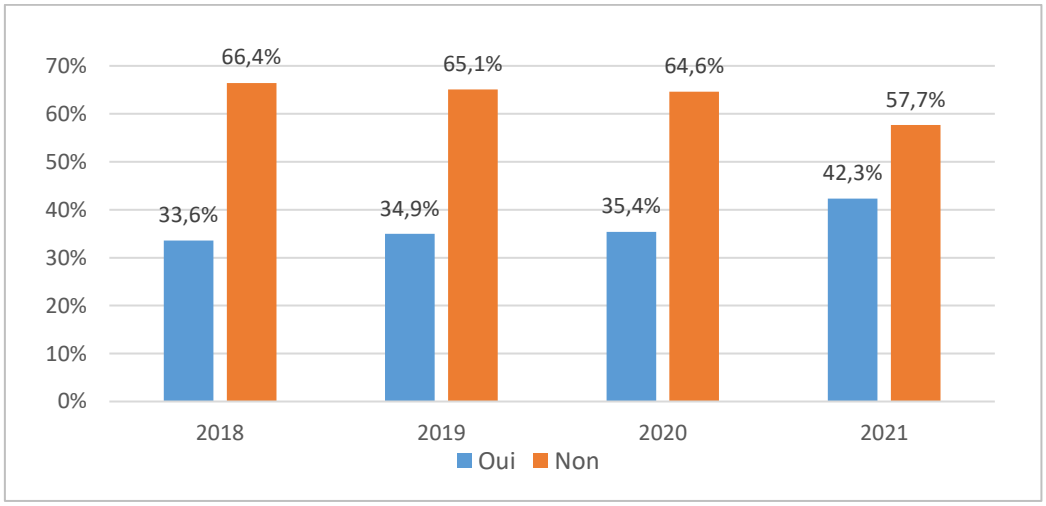


Graphique 56 : Part des aidants s'occupant d'enfants / petits-enfants à sa charge (2018-2021)

Même si leur part est infime, 7,5% des aidants s'occupent également d'enfants et/ou de petits-enfants. Cette information est utile pour le référent afin d'évaluer les capacités et disponibilités des aidants concernés.

2.9.3 Existence d'une autre personne aidante

Pour être en mesure d'évaluer la situation globale des aidants et particulièrement dans le contexte de l'épuisement ressenti et vécu par l'aidant, il est important de savoir si l'aidant est soutenu par une autre personne dans son entourage qui pourrait alors, le cas échéant, prendre le relais.

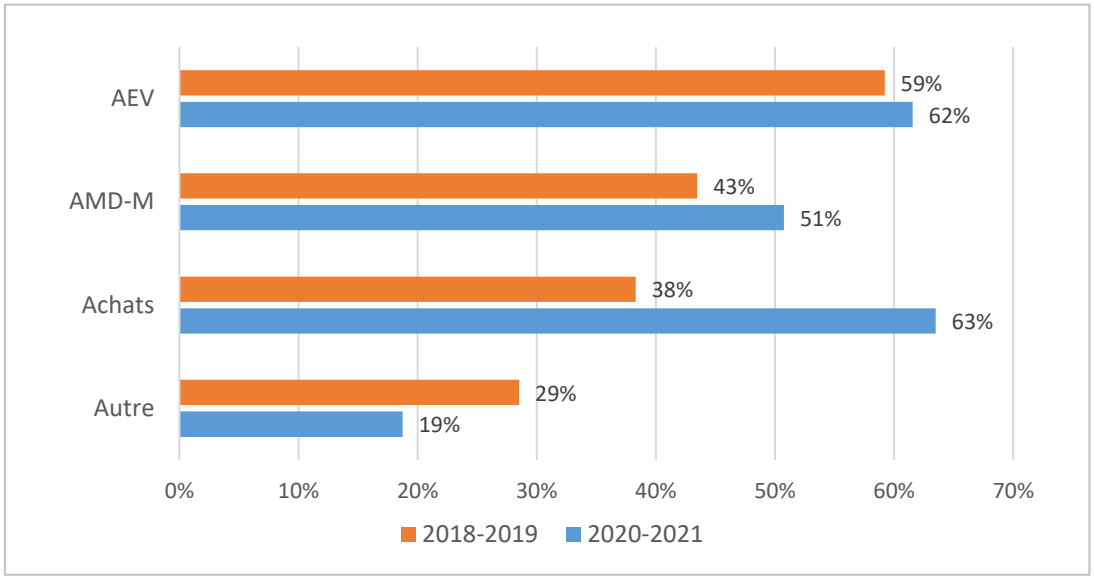


Graphique 57 : Part des aidants qui sont soutenus par une autre personne aidante (2018-2021)

Pendant les années 2018-2020, un peu plus qu'un tiers des aidants bénéficiait de l'aide d'une autre personne aidante intervenant dans les aides et soins. Deux tiers des aides et soins étaient donc assurés par une seule personne retenue comme aidant par l'AEC. En 2021, il y a eu une augmentation de la part des aidants soutenus par une autre personne intervenant dans les aides et soins avec 42,3%.

On peut émettre l'hypothèse que la situation sanitaire a permis de renforcer la solidarité de l'entourage, qui a dû, parfois, s'investir davantage en raison de difficultés organisationnelles des réseaux d'aides et de soins. De plus, cette période a incontestablement rendu plus visible l'implication et la « charge » de l'aidant, favorisant peut-être une prise de conscience de son rôle auprès de la personne dépendante et le besoin de partage de ses tâches.

2.9.4 Domaines d'intervention de l'autre personne aidante

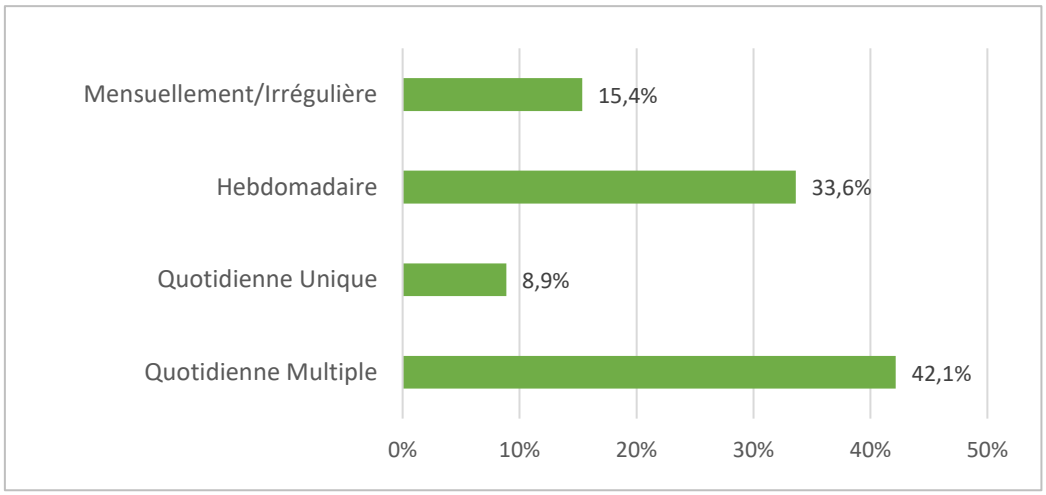


Graphique 58 : Part des domaines pris en charge par l'autre personne aidante (2018-2019 et 2020-2021)

En 2018-2019, l'autre personne intervenante a soutenu l'aidant majoritairement dans les AEV (hygiène, élimination, nutrition, habillement et mobilité) à hauteur de 59%, suivi des activités d'assistance à l'entretien du ménage (AMD-M) avec 43% et des achats avec 38%.

Pour la période de 2020-2021, il y a eu une augmentation du nombre d'aidants bénéficiant du support d'une autre personne aidante dans les AEV (62%), les activités d'assistance à l'entretien du ménage (51%) et les achats (63%). Il conviendrait de voir plus en détails pourquoi l'autre personne aidante intervient à ce jour davantage et de voir si cette tendance s'installe.

2.9.5 Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante

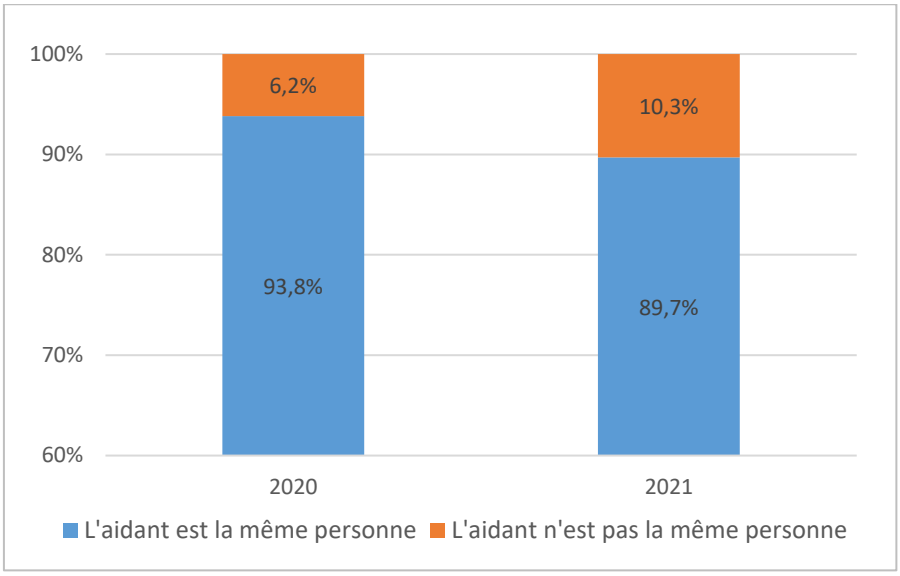


Graphique 59 : Répartition des autres personnes aidantes par fréquence d'intervention (2018-2021)

Un peu plus de la moitié des autres personnes aidantes intervient quotidiennement, avec 42,1% d'aidants intervenant plusieurs fois par jour et 8,9% intervenant une fois par jour. Un peu plus d'un tiers (33,6%) intervient hebdomadairement, tandis que 15,4% des autres personnes aidantes interviennent mensuellement ou de manière irrégulière.

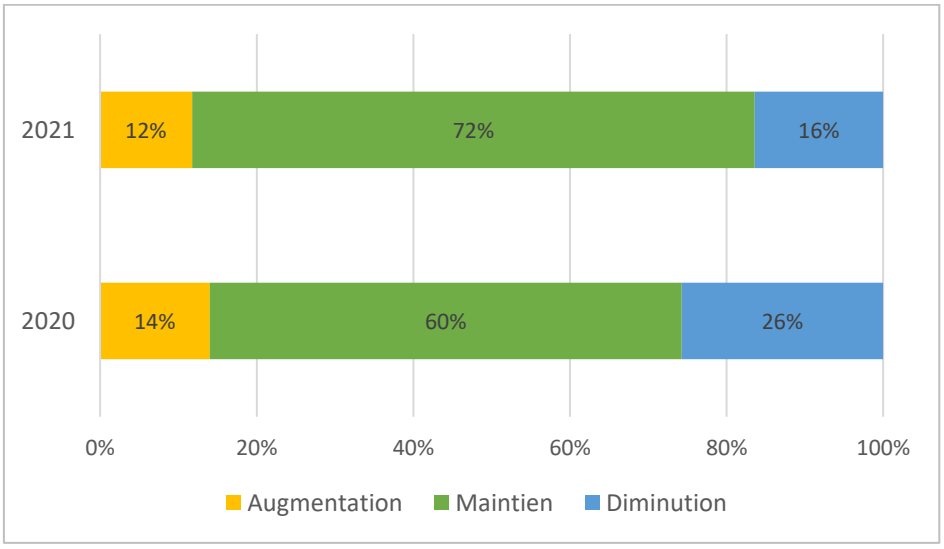
2.10 Suivi de l'aidant lors des réévaluations

Les données concernant le suivi des aidants lors des réévaluations ne sont disponibles que pour les années 2020 et 2021. En effet, l'outil d'évaluation des besoins a été adapté en été 2019 afin d'affiner le suivi et la connaissance des aidants en cas de réévaluation, notamment afin de savoir si l'aidant continue son intervention telle que prévue lors de l'évaluation précédente, et quelles sont, le cas échéant, les raisons pour d'éventuels changements.



Graphique 60 : Part des réévaluations où l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2020-2021)

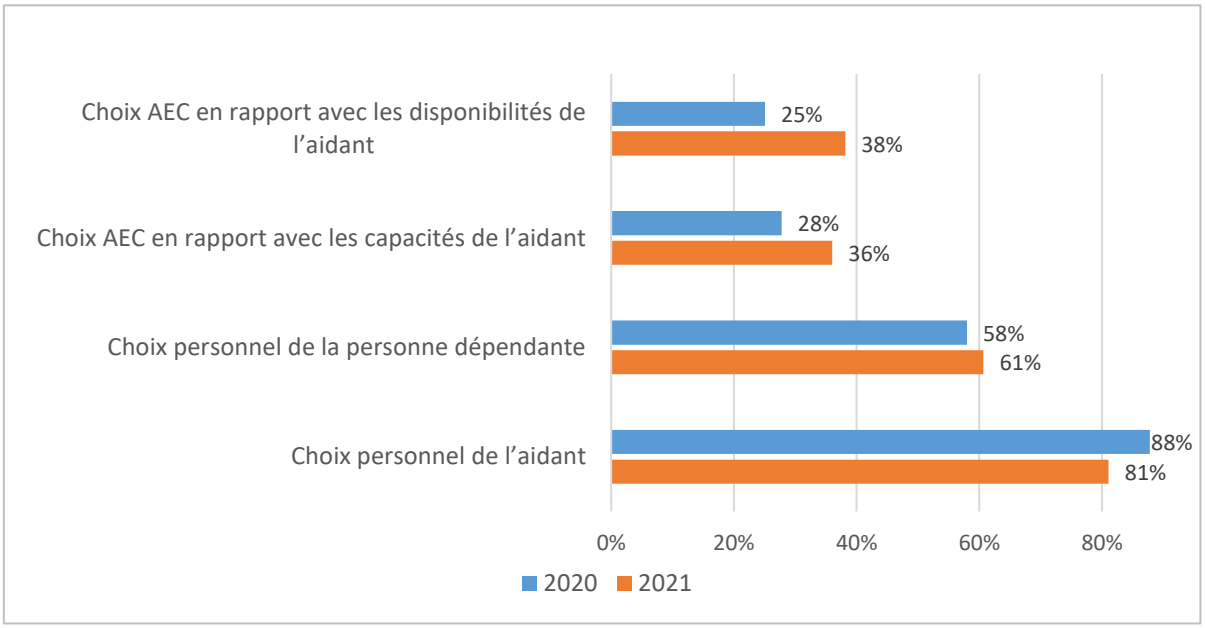
Parmi toutes les réévaluations des personnes dépendantes qui ont un aidant intervenant dans les aides et soins, l'aidant reste la même personne que lors de l'évaluation précédente dans 93,8% des cas en 2020 et dans 89,7% des cas en 2021. Etant donné que pour la plupart des cas, les aidants sont soit enfant ou parent de la personne dépendante, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait pas de changements significatifs et que l'aidant reste, pour la plupart des cas, la même personne lors de la réévaluation. En outre, cela étaye l'hypothèse que les aidants s'engagent auprès de la personne dépendante de façon régulière et à long terme.



Graphique 61 : Evolution de l'investissement dans les AEV de l'aidant lorsque celui-ci est la même personne que lors de l'évaluation précédente (2020-2021)

Parmi les réévaluations où l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente, l'investissement dans les AEV est resté plus ou moins le même comparé à la situation lors de l'évaluation précédente pour 60% des aidants en 2020. Les autres 40% ont donc changé leur niveau d'investissement. Ces 40% se répartissent comme suit : Seulement 14% des aidants ont indiqué d'être davantage intervenus dans les AEV et 26% ont diminué leur investissement.

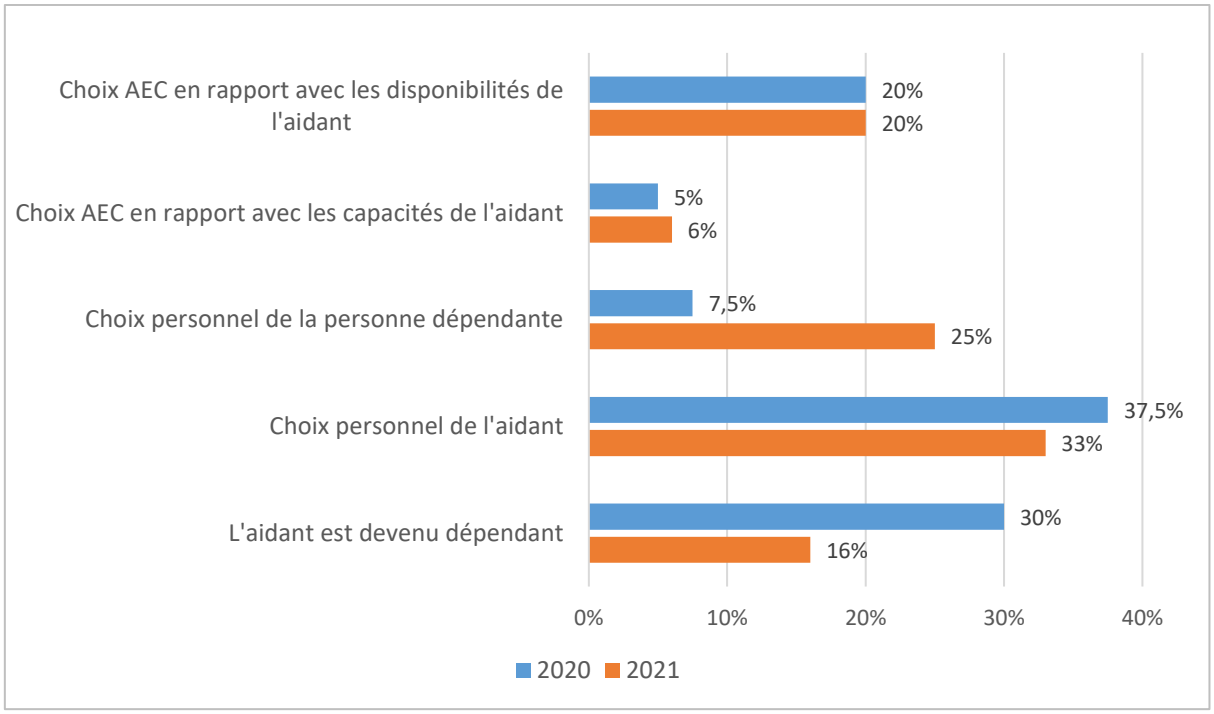
En 2021, la part des aidants n'ayant pas changé leur niveau d'investissement s'élevait à 72%. C'est-à-dire, il y a moins d'aidants qui ont diminué ou augmenté leur niveau d'investissement, comparé à 2020. Ces 28% se répartissent comme suit : 12% sont davantage intervenus dans les AEV et 16% ont diminué leur niveau d'investissement.



Graphique 62 : Motif explicatif du changement de l'intervention de l'aidant (2020-2021)

Il convient de regarder pourquoi, dans 40% des cas en 2020 et dans 28% des cas en 2021, le niveau d'investissement a changé. Le motif explicatif du changement le plus souvent indiqué lors des réévaluations est le choix personnel de l'aidant, avec 88% en 2020 et 81% en 2021, suivi du choix personnel de la personne dépendante avec 58% en 2020 et 61% en 2021.

Dans un peu plus d'un tiers des cas, le référent de l'AEC a décidé que l'aidant doit changer son niveau d'investissement dans les AEV, à la fois pour des raisons en rapport avec ses disponibilités que pour des raisons en rapport avec ses capacités. Cela ne signifie toutefois pas forcément que l'aidant n'est plus capable d'assumer certaines aides, mais que le type d'aide a peut-être évolué ou que son intensité a changé.



Graphique 63 : Motif explicatif du changement de l'aidant (2020-2021)

Lorsque l'aidant n'est pas la même personne que lors de l'évaluation précédente, le référent renseigne le motif explicatif du changement de l'aidant. Le motif explicatif le plus souvent indiqué est à nouveau le choix personnel de l'aidant avec 37,5% en 2020 et 33% en 2021.

En 2020, la deuxième raison la plus fréquemment indiquée est la dépendance de l'aidant lui-même, ce qui est donc souvent le cas pour les aidants qui sont les parents ou les conjoints des personnes dépendantes, devenant de plus en plus dépendants avec l'âge eux-mêmes. La part des réévaluations où ce motif a été indiqué a diminué de 30% en 2020 à 16% en 2021. C'est une des conditions d'exclusion pour pouvoir être retenu comme aidant, formulée dans le cadre de la réforme, afin de protéger et de préserver notamment l'autonomie restante de l'ancienne personne aidante, mais également pour garantir des aides et soins de qualité pour la personne dépendante.

En 2021, la deuxième raison la plus fréquemment indiquée est le choix personnel de la personne dépendante avec 25%, ce qui n'a été indiqué que dans 7,5% des cas en 2020.

En 2020 et en 2021, le référent a décidé du changement de l'aidant dans 20% des cas pour des raisons en rapport avec les disponibilités de l'aidant. Dans 5% des cas en 2020 et 6% des cas en 2021, ce changement choisi par le référent a été fait par rapport aux capacités de l'aidant.

2.11 Mesures de répit : les gardes

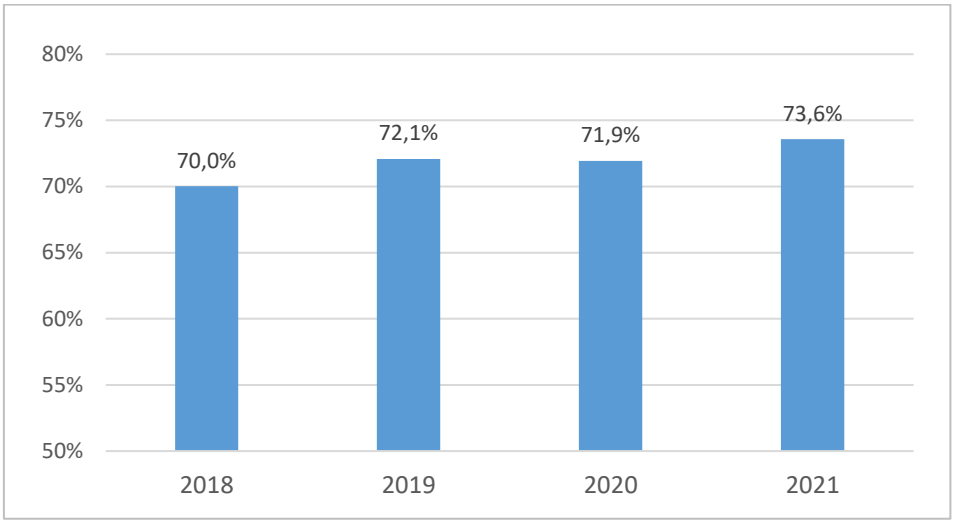
Afin de soutenir l'aidant, des mesures ont été soit renforcées, soit créées dans le cadre de la réforme. Ce paragraphe s'attarde tout particulièrement sur les gardes.

Comme décrit précédemment, lors de l'évaluation, le référent de l'AEC accorde l'importance qui se doit à déterminer les capacités de l'aidant à intervenir dans les aides et soins, mais le référent a aussi la mission de s'assurer que la « charge » représentée par son implication n'affecte pas trop négativement sa santé et son quotidien.

Les prestations de type « GARDES » sont un des outils plus particulièrement conçus pour prendre le relais de l'aidant et lui permettre de s'accorder un temps de répit visant à prévenir le surmenage.

2.11.1 Une prestation largement accordée

Durant les années 2018-2021, des gardes ont été proposées aux bénéficiaires pris en charge à domicile dans près de 72% des cas en moyenne.



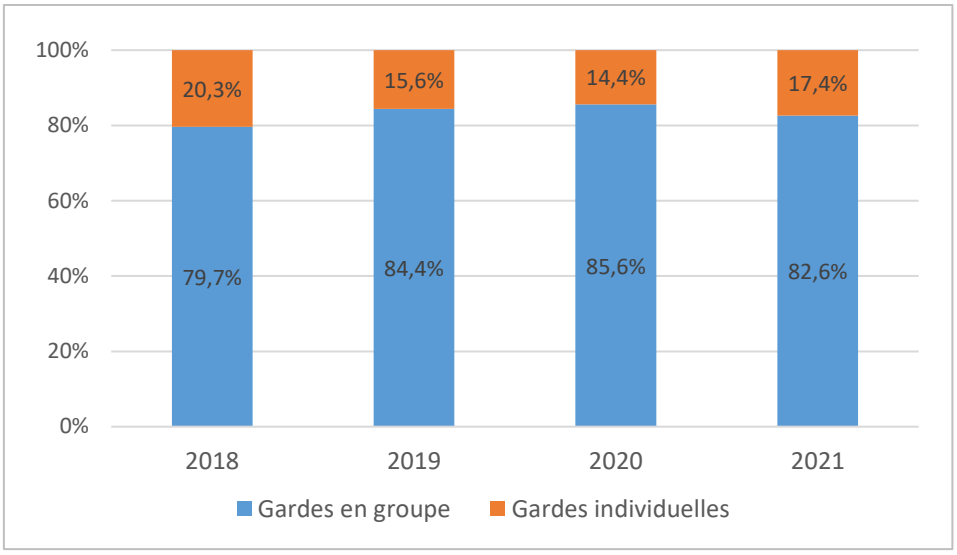
Graphique 64 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde en groupe ou d'une garde individuelle parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2018-2021)

2.11.2 Les types de gardes

La garde en groupe dans un centre semi-stationnaire est prévue pour une personne ne pouvant être seule de façon prolongée et présentant un besoin constant de surveillance et d'encadrement. L'encadrement (le forfait de base) peut permettre une prise en charge jusqu'à 8 heures par jour, 5 jours par semaine en centre semi-stationnaire (40 heures par semaine). Le forfait majoré pour les gardes en groupe peut par contre être accordé avec 56h par semaine pour une prise en charge tous les jours de la semaine.

L'activité de garde individuelle est destinée à surveiller pendant une courte période la personne dépendante à son domicile, si son intégrité physique et/ou psychique ne peut être garantie en l'absence de son aidant. Cette activité peut être accordée pour 7 heures/semaine, soit une heure par jour, ceci permettant un répit régulier de l'aidant. Elle peut être majorée à 14 heures/semaine en cas de gravité exceptionnelle constatée par l'AEC.

La part de gardes en groupe accordée est surreprésentée par rapport aux gardes individuelles. Elle permet en effet des prises en charge de longue durée et ainsi une meilleure organisation de l'aidant, notamment lorsque celui a encore des activités professionnelles ou s'il doit gérer des enfants. Elle sera privilégiée dans le sens où, comme dans la grande majorité des cas (69%), l'aidant et la personne dépendante vivent sous le même toit (cf. partie 2.8.3, « Lieu de vie de l'aidant », à la page 99), elle permet une réelle coupure dans la relation d'aide durant la journée.



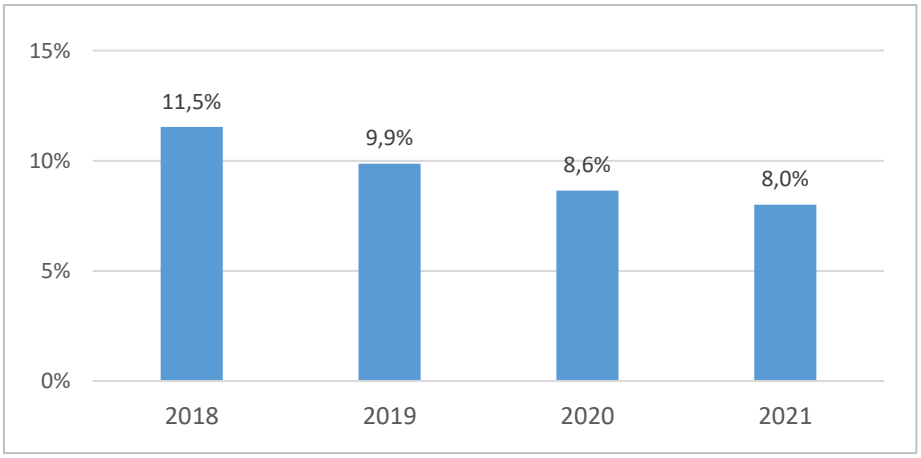
Graphique 65 : Répartition des gardes proposées aux bénéficiaires à domicile en gardes en groupe et gardes individuelles (2018 à 2021)

En 2018, dans près de 80% des cas, les gardes accordées sont des gardes en groupe et dans 20% de gardes individuelles. En 2019 et 2020, la part des gardes individuelles a légèrement diminué. Ainsi, la part des gardes en groupe s'élevait à 84,4% en 2019 et à 85,6% en 2020. En 2021, ce taux a de nouveau diminué à hauteur de 82,6% de gardes en groupe. La part des gardes individuelles s'élevait quant à elle à 17,4% en 2021.

En procédant à un regroupement de ces 4 dernières années, il pourra être gardé en mémoire que dans près de 83% des cas, les gardes accordées sont des gardes en groupe, permettant la fréquentation d'un centre psycho gériatrique ou centre semi stationnaire et dans environ 17% des gardes individuelles. Cette répartition n'a pas connu de changements significatifs durant les 4 dernières années.

La garde en groupe peut être convertie en garde individuelle et inversement. De plus, une partie des gardes en groupe peut se voir convertir en « déplacement à l'extérieur ». Ces conversions sont décidées entre le prestataire et la personne dépendante avec son entourage afin de s'adapter au mieux aux besoins exprimés ou constatés. Les règles de conversion de ces gardes ainsi que les plafonds à respecter sont définis dans l'article 353. § 2 du CSS et précisées dans la convention cadre.

2.11.3 Spécificité des gardes de nuit



Graphique 66 : Part des personnes dépendantes vivant à domicile et bénéficiant d'une garde de nuit parmi tous les bénéficiaires vivant à domicile (2018-2021)

En 2018, la part des bénéficiaires pris en charge à domicile auxquels des gardes de nuit ont été proposées s'élevait à 11,5%. Ce taux a connu une légère diminution les 4 dernières années et s'élevait à 8% en 2021.

Des données disponibles en 2019[35] montrent que parmi les 89 personnes ayant eu recours à la prestation garde de nuit en 2019, 41 ont utilisé cette prestation 10 fois (46%) , et donc l'ensemble du forfait. 21% des personnes ayant recours à une garde de nuit ont consommé une à deux nuits. 8% ont utilisé 4 ou 5 nuits. Le recours à 6 à 9 nuits a été effectué à chaque fois par 2 à 3% des personnes concernées par ledit forfait.

2.12 Conclusion liée à la connaissance des aidants

Le recueil des données relatives aux aidants est important pour comprendre qui sont ces personnes qui s'engagent dans une responsabilité qui, pour la grande majorité « va de soi » ou qu'ils estiment être de leur devoir, mais qui va devenir une implication formelle et engageante vis-à-vis de la personne dépendante mais aussi de l'assurance dépendance.

Grâce aux données recueillies de façon empirique par les référents, l'AEC est capable de faire l'analyse du profil des aidants au niveau national pour les 4 dernières années (2018-2021) et de tirer des conclusions sur l'évolution de leurs disponibilités, capacités et implications dans la prise en charge des personnes dépendantes.

Ces données montrent que l'aide des personnes dépendantes est fortement genrée avec des aidants à plus de 70% de sexe féminin, enfant, parent ou conjoint et qu'environ la moitié d'entre eux est en âge d'exercer une activité professionnelle. Les aidants interviennent tant dans les aides que dans les soins, et ceci majoritairement plusieurs fois par jour. 7 aidants sur 10 vivent dans le même ménage que la personne dépendante.

Deux tiers des aidants s'occupent d'une personne avec un niveau de dépendance entre 1-3 et seulement une minorité intervient auprès d'une personne avec un niveau de dépendance supérieur à 7. Plus le niveau de dépendance est élevé, plus la part des aidants soutenus par un réseau d'aides et de soins augmente. 7 aidants sur 10 sont soutenus par un réseau d'aides et de soins.

Pour la grande majorité, les aidants ne s'engagent pas seulement de manière régulière, mais aussi à long terme auprès de la personne dépendante et restent ainsi la même personne lors des réévaluations des besoins de la personne dépendante.

Il n'y a pas eu de grands changements les 4 dernières années. Ainsi, la situation globale des aidants et leur typologie demeurent inchangées, montrant leur action et implication primordiale pour permettre une vie à domicile de la personne dépendante.

3. Le suivi des indisponibilités

3.1 Procédure de suivi des indisponibilités

En cas d'indisponibilité temporaire ou définitive de l'aidant, la législation prévoit - dans un souci de continuité des soins - une prise en charge de l'ensemble des soins par le prestataire, de façon temporaire ou définitive (art. 350 §8 CSS: « *La répartition de l'exécution des prestations requises prend fin en cas d'indisponibilité de l'aidant à fournir les aides et soins requis constatée par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. Si cette indisponibilité de l'aidant est temporaire, les aides et soins requis sont fournis par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391, sans que la synthèse de prise en charge ne soit modifiée.* »).

[35] Extraction IGSS

Le prestataire signale à la CNS l'indisponibilité de l'aidant selon les termes repris dans la convention cadre et peut intervenir - sans délai et sans qu'aucune démarche ou nouvelle évaluation de l'AEC ne soient nécessaires - pour prester l'ensemble des aides et soins de la synthèse.

3.2 Mise en place plus formalisée de la procédure

Depuis **le 1er février 2021,** un formulaire de déclaration d'indisponibilité de l'aidant, conformément à l'article 58bis de la convention cadre signée entre la COPAS et la CNS est utilisé en plus et en parallèle de la communication de l'indisponibilité de l'aidant par voie électronique à la CNS tel que précisé à l'article 45 ainsi qu'à l'annexe 4 de ladite convention.

Ce formulaire est disponible en français et en allemand sur le site de la CNS :
https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/dependance/fiche-indisponibilite-aidant.html

Le formulaire a un double objectif en termes de transparence :

- enregistrer distinctement les périodes d'indisponibilité ;

	Date début	Date fin	Date signature	Signature de l'assuré dépendant ou de son représentant
Période d'indisponibilité temporaire *				
Début d'indisponibilité temporaire *				
Fin d'indisponibilité temporaire *				
Indisponibilité définitive *				

Je soussigné, responsable réseau (sous C), déclare que **l'aidant (sous B)** de **l'assuré (sous A)** est indisponible et que les aides et soins requis dans la synthèse sont fournis par **le réseau d'aides et de soins (sous D).** J'ai compris que la facturation du forfait nature et du forfait espèces reste suspendue tant qu'il n'est pas déclaré de date fin en cas d'indisponibilité temporaire.

Date, cachet et signature: .....

* renseigner un des 4 cas de figure

- impliquer davantage le bénéficiaire dans l'organisation de sa prise en charge en l'informant clairement de l'arrêt du paiement des prestations en espèces, conséquence de la période d'indisponibilité de l'aidant.

Je soussigné, assuré dépendant (sous A) ou représentant légal, déclare mon **aidant (sous B)** indisponible pour me fournir les aides et soins requis selon la répartition de ma synthèse de prise en charge. J'ai compris que la répartition de l'exécution des prestations requises prend fin et que le versement de la prestation en espèces est suspendu pendant cette indisponibilité.

Signature assuré dépendant ou représentant légal: .....

Nom et Prénom du représentant légal, si applicable : .....

En effet, le coordinateur ou responsable de l'antenne/bureau ou service régional du réseau d'aides et de soins doit remplir cette fiche avec le bénéficiaire et lui expliquer notamment les conséquences de la décision liée à l'indisponibilité. Ce moment est aussi l'occasion de décider avec lui de la pertinence d'une nouvelle évaluation, car la situation, l'environnement ou l'état de santé du bénéficiaire des aides et soins ont évolué et demandent une intervention différente du prestataire ou de l'aidant.

Cette procédure accroît la responsabilité du prestataire dans la coordination administrative dont il a la charge pour chaque bénéficiaire d'aides et de soins pris en charge par son réseau d'aides et de soins et renforce également les interactions entre les professionnels et l'AEC.

Le motif de l'indisponibilité, même si facultatif, peut être fourni. Il aide et facilite, quand il est présent, le suivi des indisponibilités et la décision d'ouvrir une demande en réévaluation afin de revoir l'ensemble la situation et donc les interventions de l'aidant.

Pourquoi l'aidant n'est-il plus en mesure d'intervenir dans les aides et soins ? (facultatif, à remplir si connu et si l'assuré le souhaite)	
Motif:	

L'AEC réévaluera ainsi de façon prioritaire les capacités et disponibilités de l'aidant ayant présenté des indisponibilités répétées, voire adaptera le requis total. Dans ce genre de situation, une bonne coordination entre les prestataires, l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et l'Unité qualité et contrôle de l'AEC est primordiale.

3.3 Constats

3.3.1 Quelques chiffres

3.3.1.1 Type d'indisponibilités déclarées

	Proportion : Type d'indisponibilité signalée	
	Temporaire	**Définitive**
2021	80%	20%
2022*	75%	25%

* : fin février 2022

Tableau 34 : Proportion des types d'indisponibilité signalée

On remarque que la majorité des indisponibilités de l'aidant sont des indisponibilités temporaires, et donc pour une période limitée. Dans les fiches transmises comprenant un motif, les différents motifs notés pour ces indisponibilités temporaires ont notamment été:

- vacances de l'aidant ;
- hospitalisation de l'aidant (prévue ou non prévue) ;
- état de santé de l'aidant (maladie courte) ;
- retour/reprise partielle du travail de l'aidant ;
- séjour en lit de vacances pour le bénéficiaire (car vacances de l'aidant, mais aussi en suite d'hospitalisation du bénéficiaire avant retour à domicile) .

En cas d'indisponibilité définitive, certains motifs transmis ont été :

- conflits familiaux/séparation du couple ;
- dégradation de l'état de santé de l'aidant .

3.3.1.2 Réévaluations liées à une indisponibilité

	Réévaluation ouvertes par l'AEC suite à l'analyse des déclarations reçues	**Réévaluation en cours au moment de l'analyse de l'indisponibilité**	**Total Réévaluations**
2021	18%	19%	36%
2022*	19%	10%	29%

* : fin février 2022

Tableau 35 : Proportion des réévaluations liées à une indisponibilité

Suite à l'analyse des déclarations de l'aidant, l'AEC peut décider d'ouvrir une réévaluation afin de faire le point sur la situation. Il est à noter que certaines réévaluations sont déjà en cours au moment où une indisponibilité de l'aidant est déclarée par le prestataire. Pour ces réévaluations en cours, une analyse individuelle approfondie de la situation est nécessaire. En effet, si une répartition des aides et

soins est déjà effective, il convient de s'assurer que la réévaluation n'est pas motivée par une augmentation temporaire de l'intervention du réseau d'aide et de soins en même temps que l'intervention de l'aidant.

Dans ce cas, l'indisponibilité de l'aidant peut être rejetée ou corrigée, le cas échéant, car la réévaluation et donc la nouvelle répartition pourra prendre en compte le nouveau partage des tâches et l'augmentation de l'intervention professionnelle, de façon rétroactive.

3.3.2 Bénéfices de la nouvelle procédure

Une communication et collaboration accrue avec les responsables des réseaux d'aides et de soins

Si la fiche n'est pas correctement remplie, l'AEC prend contact avec soit le coordinateur principal au niveau du réseau d'aides et de soins, soit directement avec le responsable de l'antenne/bureau/service régional afin de voir avec lui quelles sont les problématiques rencontrées. Il se peut que suite à cette prise de contact, le prestataire doive retourner vers le bénéficiaire afin de compléter la fiche (absence de signature) ou corriger des erreurs de dates.

Ces échanges sont aussi l'occasion de rappeler la procédure en vigueur, mais aussi les conditions qui amènent à déclarer une indisponibilité de l'aidant ou une réévaluation.

Des réévaluations ouvertes

Dans certains cas, l'AEC peut décider d'ouvrir une réévaluation afin de constater l'évolution de la situation.

Il est important de comprendre qu'une réévaluation ne veut pas dire que l'AEC douterait de l'aidant ou du prestataire : il s'agit de faire le point sur une situation qui a évolué ou alors sur l'état de santé de la personne dépendante et donc ses besoins : les aidants sont actifs dans la prise en charge et il est aussi important de s'assurer, avec eux, au fil du temps, que cette situation de « prendre soin » ne les épuise pas trop. Des indisponibilités répétées peuvent être un signe d'épuisement et parfois, l'intervention d'un tiers est nécessaire pour comprendre qu'une majoration de l'aide des professionnels ne veut pas dire un « renoncement » ou un moindre engagement dans l'accompagnement quotidien de la personne dépendante.

Des bénéficiaires mieux informés

Si cette procédure peut s'avérer un peu « lourde » dans le sens où il peut y avoir des allers-retours entre le prestataire et le bénéficiaire pour les signatures de fiches (début et fin d'indisponibilité), elle rend le bénéficiaire et son aidant davantage acteur dans la prise en charge. Elle permet une plus grande transparence et participe à la planification des périodes de repos/répit de l'aidant.

Si les discussions autour des questions financières peuvent être délicates, elles ne peuvent ici être évitées. En redonnant la place à la « décision » officielle de l'arrêt des paiements, on évite ainsi toute mauvaise interprétation des questions d'argent entre le prestataire et son client.

4. L'enquête de satisfaction – partie « aidant »

En 2021, l'AEC a décidé de lancer une grande enquête de satisfaction portant sur la satisfaction des bénéficiaires à domicile et d'y inclure également les aidants. Elle a confié la réalisation de cette étude à TNS Ilres, un des instituts de référence au Luxembourg pour ses sondages et études d'opinion.

L'enquête a été réalisée auprès de 295 bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance résidant à domicile et auprès de 194 aidants, sur une période de 9 mois (de mai à décembre 2021).

L'enquête a eu lieu sur la base d'entretiens en face à face par des enquêteurs expérimentés et a porté sur:

- la satisfaction par rapport au fonctionnement de l'AEC: la visibilité, disponibilité et communication de ses collaborateurs, le suivi du dossier, les délais et les informations reçues ;
- les choix dans l'organisation de la prise en charge à domicile, l'impact des différents types de prestations accordées et la satisfaction y relative, la répartition des aides et soins et les limites pour maintenir la prise en charge à domicile.

Pour les bénéficiaires soutenus dans leur prise en charge par un aidant reconnu par l'AEC, une seconde partie de l'enquête était spécialement dédiée à cet aidant. Cette partie portait sur :

- la connaissance par l'aidant des prestations qui sont liées à son répit et la consommation de ces prestations ;
- le ressenti de l'aidant en tant que personne participant activement à la prise en charge.

Cette enquête complète et approfondit les connaissances acquises dans le suivi régulier des bénéficiaires, certes, mais aussi des aidants, comme cela a été détaillé dans la partie précédente.

Si le choix du maintien à domicile est une volonté des bénéficiaires, car ils préfèrent vivre chez eux que dans un établissement (83%), ils précisent clairement que le fait que l'aidant ne soit plus disponible serait une des raisons de leur entrée en établissement au même titre qu'une dégradation importante de leur état de santé.

Pour 9 bénéficiaires sur 10, les prestations, aides financières ou prises en charge permettant le maintien à domicile sont très importantes.

Deux des quatre principales prestations citées sont d'ailleurs l'intervention d'un aidant pour les actes essentiels de la vie et l'intervention d'un aidant pour les activités d'assistance à l'entretien du ménage. Les prestations en espèces pour dédommager l'aidant font partie des trois aides et prises en charge les plus citées.

Dans le cadre de cette enquête, 8 aidants sur 10 déclarent arriver à se ménager des moments de répit et à se détendre. Les autres sont confrontés au besoin d'attention constante de la personne dépendante, à un certain stress et à un manque de temps.

Cette partie ne présentera pas les résultats détaillés de l'enquête qui permet un autre éclairage de la place, ô combien primordiale, de l'aidant dans le maintien à domicile de la personne dépendante, mais vise à rendre le lecteur attentif aux résultats disponibles.

Ces résultats ont été présentés par Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale, en présence de TNS Ilres et de l'AEC en conférence de presse en juin 2022.

Un ensemble de documents liés à cette enquête et une synthèse de résultats sont disponibles sur le site de l'AEC www.assurance-dependance.lu

5. Conclusion partie « Aidant »

Acteur et maillon indispensable pour la vie à domicile, les aidants ont été mis à l'honneur dans cette partie.

Certains des points abordés dans leur profil, en termes de genre, d'âge, d'occupation familiales et investissement dans la prise en charge participent à leur connaissance. Grâce à la partie de l'enquête de satisfaction qui leur a été consacrée, l'AEC a également un autre prisme pour encore mieux les comprendre.

Il sera important de rappeler que les deux tiers des aidants qui ont été vus dans la cadre d'une évaluation d'une personne dépendante, s'occupent d'une personne avec un niveau de dépendance plutôt faible (entre 1-3).

Plus le niveau de dépendance est élevé, plus la part des aidants soutenus par un réseau d'aides et de soins augmente. Cette répartition est encouragée, dans le sens où un des principes directeurs de la loi

sur l'assurance dépendance est la priorité des prestations en nature par rapport aux prestations en espèces. Ainsi, 7 aidants sur 10 sont soutenus par un réseau d'aides et de soins dans la prise en charge de la personne dépendante.

Les aidants ne s'engagent pas seulement de manière régulière, mais aussi à long terme auprès de la personne dépendante. Cette continuité se voit lors des réévaluations où l'aidant identifié lors de l'évaluation précédente reste la même personne lors de la nouvelle évaluation des besoins de la personne dépendante.

Accordées pour plus de 72% des bénéficiaires, les gardes, au vu du profil de ces aidants, constituent dès lors une manière de soutenir et de prévenir le surmenage des aidants, en permettant, dans une grande majorité (83%), une prise en charge en dehors du domicile via les gardes en groupe.

Ce deuxième rapport biennal montre qu'il n'y a pas eu de grands changements lors des 4 dernières années et montrent clairement le rôle primordial de l'aidant, cet acteur incontournable de la prise en charge à domicile. Les résultats de ce deuxième rapport biennal confortent la connaissance de la situation globale des aidants et leur typologie, constituant ainsi une source d'information essentielle, qui peut permettre de faire évoluer, le cas échéant, les outils et moyens pour soutenir les personnes dépendantes et leurs aidants.

Enfin, grâce à la nouvelle procédure de suivi des indisponibilités, l'AEC est en mesure de détecter plus précocement des situations de prise en charge qui pourraient se révéler problématiques.

La politique de l'évaluation générale, amenant *de facto*, lors de la réévaluation des besoins, à s'intéresser à l'aidant, constitue, avec cette nouvelle procédure de suivi des indisponibilités, une plateforme solide pour détecter un éventuel épuisement ou un quelconque changement dans la prise en charge. Ce type de suivi multiplie également les échanges avec les professionnels des réseaux d'aides et de soins.

V. CONCLUSION PARTIE « SUIVI DANS LES AIDES ET SOINS »

Cette partie consacrée au suivi de la qualité dans les aides et soins a permis de montrer l'engagement tant de l'UQC que des prestataires dans l'amélioration des données collectées, permettant de commencer à confirmer certains des constats présentés dans le premier rapport biennal et à rendre possible les premières comparaisons d'une période à une autre.

Pour le suivi de l'indicateur « escarres » : les prestataires savent identifier les escarres dans leur population prise en charge, et, pour la très grande majorité, les classer selon les attentes, c.-à-d. par stade et par provenance. Comme pour le recensement effectué en 2020, le stade 2 des escarres est le plus représenté en 2021 parmi toutes les structures. La majorité des escarres observées (> 70%) est constituée d'escarres de type 1 et 2. Contrairement aux hypothèses émises, les escarres se développent davantage lorsque le prestataire intervient déjà. C'est le cas lors des trois recensements, ce qui permet d'affirmer qu'il s'agit là d'une tendance confirmée dans le secteur. Lors des contrôles de documentation, c'est davantage l'identification des facteurs de risques de façon initiale, puis le suivi et l'évolution des escarres qui se sont révélés moins présents dans les dossiers contrôlés.

Pour le suivi de l'indicateur « chutes » : la prévalence moyenne des chutes parmi tous les prestataires était de 1,07 chutes en moyenne en 2019, a augmenté en 2020 à 1,19 et légèrement diminué à 1,15 en 2021. La prévalence des chutes est la plus élevée en MDS et CIPA et est quasi identique pour ces deux types de structure. Le nombre moyen de chutes le plus faible se retrouve parmi les CSST, suivi des RAS et ensuite des ESI. Le nombre moyen de chutes par chuteur parmi tous les prestataires est passé de 2,61 en 2020 à 2,51 en 2021. De même que pour la prévalence des chutes, ce nombre est aussi le plus élevé en établissement à séjour continu et presque identique pour les MDS et les CIPA. Les CSST présentent encore une fois le nombre le plus faible, suivi des RAS et ensuite des ESI. Pour ce qui est du pourcentage des personnes ayant fait au moins une chute parmi toutes les personnes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins pendant l'année considérée, les résultats des recensements de 2020 et 2021 montrent que ce taux reste relativement stable. Dans les CIPA et les ESI, ce taux est resté identique avec environ la moitié (51%) des personnes prises en charge dans les CIPA qui ont fait au moins une chute et presque un tiers (29%) dans les ESI.

Concernant le recensement national des deux indicateurs, il est important de noter qu'il y a eu une réduction significative des difficultés de compréhension des données et une diminution du nombre d'erreurs dans les données fournies. De plus, l'utilisation du formulaire web sécurisé a participé à une diminution du délai moyen de réponse et à une augmentation du taux des prestataires ayant répondu avant le délai de réponse accordé.

De nombreuses actions d'amélioration comme l'adaptation de l'enregistrement des données au sein de la documentation propre du prestataire ou la sensibilisation du personnel ont pu avoir une influence sur une identification plus pertinente ou un meilleur enregistrement des données participant au recensement national. De même que pour tout type d'indicateur, seul un set plus important de recensements permettra d'affiner ce type d'hypothèse.

Pour l'année 2022, deux recensements liés aux escarres sont prévus : un en juin 2022 et un autre en novembre 2022. Pour l'année 2023, deux recensements auront lieu aux mêmes périodes, permettant de disposer pour le prochain rapport biennal d'un set de données plus important. Le recensement des données permettant le suivi de l'indicateur « chutes » sera réalisé au premier trimestre 2023, pour les chutes de l'années 2022.

Concernant les résultats des données collectées lors des contrôles de documentation : par rapport au suivi du poids et de la douleur, les résultats montrent que des actions d'amélioration doivent être conduites, soutenues par les groupes de travail et d'échange entre l'AEC et les prestataires.

Les résultats des contrôles de documentation montrent que, s'il existe un poids actualisé au moment du contrôle dans les ESI (100%) et les ESC (98,5%) et que ce suivi est très régulier dans ces structures,

cela est loin d'être le cas à domicile, où dans seulement 61,7% un poids actualisé était présent dans les dossiers contrôlés, avec un suivi régulier dans 39,4% des cas. Si un suivi existe, il convient d'améliorer l'identification des causes et de mettre en place les actions correctives qui s'imposent, en étroite collaboration avec le médecin traitant de la personne. Pour près de la moitié des dossiers pour lesquels une perte de poids a été constatée, aucune cause n'a pu être identifiée.

L'évaluation et le suivi régulier de la douleur sont encore trop souvent négligés ou reposent sur des critères purement empiriques, alors qu'un traitement antalgique est très souvent en place. L'effort de formation des professionnels autour de la douleur doit être promu, tout en se référant aux bonnes pratiques et recommandations professionnelles.

Les autres données observées dans les près de 200 dossiers contrôlés lors des 49 visites de contrôles, présentées dans ce rapport de façon générale, pour dégager des pistes de travail transversales, sont davantage pertinents par prestataire, qui lors de cette journée de contrôle, fait également le constat de l'état de sa documentation et de l'appropriation de celle-ci par ses collaborateurs : ces contrôles de documentation sont l'opportunité de développer en interne un plan d'actions dont les résultats pourront être observés et discutés lors des contrôles suivants par l'Unité qualité et contrôle.

La partie consacrée à la politique de réévaluation montrera comment l'AEC a mis en œuvre les objectifs ambitieux définis dans le cadre de la réforme. En générant elle-même de nombreuses réévaluations (60% des réévaluations sont des réévaluations ouvertes par l'AEC), l'AEC participe à diminuer l'ancienneté des synthèses existantes, permettant, à ce jour, d'avoir près de 80% des synthèses de prise en charge ne présentant pas une ancienneté de plus de 3 ans.

Enfin, la dernière partie liée au suivi de la qualité dans les aides et soins met en valeur les efforts mis en œuvre pour connaître, suivre et accompagner l'aidant par les référents de l'AEC, attentifs à son rôle dans la prise en charge de la personne dépendante et à l'importance de le soutenir dans son implication.

Le profil des aidants se précise, grâce au volume des données collectées lors des évaluations conduites au domicile de la personne dépendante.

Fortement genrée (73% de femmes et 27% d'hommes en moyenne), plutôt jeune (55% d'entre eux ont moins de 60 ans), vivant majoritairement dans le même ménage que la personne dépendante (7 aidants sur 10), intervenant à plus de 80% de façon quotidienne (une à plusieurs fois par jour), l'aidant est le partenaire incontournable sans lequel la personne dépendante ne pourrait pas envisager une vie à domicile et il est soutenu dans 70,1% des cas par un réseau d'aides et de soins. Il convient alors de le soutenir en lui proposant de l'aide sous différentes formes, grâce aux prestations de l'assurance dépendance, mais aussi en s'appuyant sur toutes les initiatives qui sont mises en place au sein du secteur et au-delà. Les résultats de l'enquête de satisfaction qui a été menée à domicile finira de compléter les informations à disposition sur l'aidant.

B. LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES

B. LE SUIVI EN MATIERES D'AIDES TECHNIQUES

I. INTRODUCTION

Les missions de contrôle de l'AEC dans le domaine des aides techniques ont été précisées dans l'article 5, alinéa 3 du « *Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance; 3. les modalités et les limites de la prise en charge par l'assurance dépendance des aides techniques pour les personnes bénéficiaires de soins palliatifs » qui dispose que : « L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Elle communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies.* »

Pour ce faire, l'AEC fera la distinction entre les engagements et ses relations avec les différents fournisseurs d'aides techniques.

Deux types de fournisseurs sont à distinguer:

- le Service Moyens Accessoires (SMA), fournisseur spécialisé tel que défini à l'article 394 du CSS, constitue le principal fournisseur d'aides techniques. En effet, l'article 5 alinéa 1 du RGD des aides techniques détermine que: « *Les aides techniques sont mises à disposition des bénéficiaires exclusivement par les fournisseurs liés à l'organisme gestionnaire sur base de l'article 394 du Code de la sécurité sociale.* »
- et dans le cas où cette mise à disposition par le SMA n'est pas possible, les aides techniques peuvent être fournies par d'autres fournisseurs: article 5 alinéa 2 « *Les aides techniques ne pouvant être fournies par les fournisseurs visés à l'article 394 du Code de la sécurité sociale sont prises en charge sur base d'un contrat de gré à gré conclu par l'organisme gestionnaire sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.* »

Pour suivre les engagements des fournisseurs et la qualité de leurs prestations, l'AEC a décidé d'utiliser différents moyens à sa disposition et cette partie du rapport biennal permettra de présenter les résultats des différents suivis qui ont été mis en œuvre.

L'utilisation des enquêtes de satisfaction

Le recueil de la satisfaction et de l'expérience de la personne permet d'évaluer dans quelle mesure les aides techniques répondent aux attentes, aux capacités et aux besoins de la personne et de son entourage. Les retours reçus permettent de s'interroger sur les pratiques et de faire évoluer, en conséquence, les démarches et les moyens mis en œuvre.

L'AEC a décidé de faire la distinction entre le suivi d'aides techniques standards et le suivi d'aides techniques acquises auprès d'un autre fournisseur.

Les aides techniques standards sont fournies par le SMA, dans une volumétrie importante. Si individuellement, elles représentent un coût moindre, leur volume et leur présence dans de nombreux foyers influencent la vie d'un nombre élevé de bénéficiaires. Les aides techniques acquises auprès d'un autre fournisseur, donc non standards, ont individuellement un coût plus élevé, et répondent à des besoins spécifiques et individualisés. Ce sont des aides techniques, en général, acquises par l'AEC par appels d'offres auprès des fournisseurs autres que le Service Moyens Accessoires.

Pour la période considérée, deux enquêtes sur les aides techniques ont été réalisées permettant le suivi ciblé des aides techniques suivantes:

- pour les aides techniques standards, il s'agit du suivi spécifique des chaises de douche standards: chaises de douche à 4 pieds et chaises de douche de coin, et les tabourets de douche ;

- en matière d'aides techniques non-standards, l'enquête de satisfaction a porté sur les fauteuils roulants actifs. Une partie du suivi spécifique des élévateurs d'escaliers aborde également la satisfaction du bénéficiaire.

Dans la partie consacrée aux enquêtes de satisfaction, un chapitre sera consacré aux actions qui ont été mises en œuvre suite à l'enquête de satisfaction sur les lève-personnes, dont les résultats avaient été détaillés dans le précédent rapport biennal (pages 85 à 92).

Suivi des délais de livraison

Afin d'assurer des services de bonne qualité aux bénéficiaires, une série d'obligations de prestations est fixée dans les contrats conclus entre les fournisseurs d'aides techniques et l'organisme gestionnaire (CNS). Le délai de livraison est un critère de qualité majeur et une analyse approfondie des délais observés par rapport aux délais convenus sera présentée.

De même, la distinction sera faite entre les aides techniques livrées par le SMA et les aides techniques livrées par les autres fournisseurs.

Suivi spécifique des élévateurs d'escaliers

Les élévateurs d'escaliers constituent le poste de loin le plus cher des dépenses pour aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance. De la détermination du besoin à son installation, c'est une mise à disposition qui nécessite l'intervention de différents acteurs : le référent de l'AEC, le fournisseur d'élévateurs d'escaliers et l'organisme de contrôle agréé. Ces différentes interventions peuvent engendrer des tensions, parfois dépendantes des besoins spécifiques de l'utilisateur, des contraintes techniques et architecturales, mais aussi des contraintes indépendantes de ces acteurs, mais qui influencent fortement la mise à disposition de cette aide technique si spécifique.

Autres mesures de suivi et d'amélioration

Une dernière partie sera enfin consacrée aux autres actions qui participent à l'amélioration continue de la qualité des aides techniques.

II. LES ENQUÊTES DE SATISFACTION

1. Enquête de satisfaction concernant les chaises de douche

Les chaises de douche font partie des aides techniques standards qui sont prises en charge en grande volumétrie par l'assurance dépendance.

En 2020, 825 chaises de douche ont été fournies par l'assurance dépendance, dont 610 étaient encore à disposition du bénéficiaire au moment de la réalisation de l'enquête [36].

Différents types de chaises de douche peuvent être mises à disposition par le SMA, en fonction de la configuration de la douche et des besoins du demandeur :

- La chaise de douche à 4 pieds antidérapants, réglable en hauteur, avec dossier et accoudoirs permettant de s'appuyer pour s'asseoir et se relever. Ce modèle convient également pour une utilisation devant le lavabo.
- La chaise de douche de coin est peu encombrante et idéale pour les douches exiguës. Conçue pour une utilisation exclusive à l'intérieur de la douche, elle doit être accolée à deux parois solides. De hauteur fixe, elle dispose également d'accoudoirs facilitant les transferts.
- Le tabouret de douche offre seulement une assise réduite sans accoudoirs ni dossier. Il ne convient que dans de rares cas auprès de bénéficiaires ayant un bon équilibre en position assise.
- Les chaises de douche extralarges conviennent aux bénéficiaires avec surcharge pondérale importante et ne peuvent être installées du fait de leur encombrement que dans une douche spacieuse.

Type de chaise de douche	Nombre de chaises de douche fournies en 2020	% du total des chaises de douche fournies en 2020
Chaise de douche à 4 pieds	369	60,5%
Chaise de douche de coin	207	33,9%
Tabouret de douche	21	3,4%
Chaise de douche extralarge	13	2,1%

Tableau 36 : Type de chaises de douche fournies en 2020

Les chaises de douche relèvent de l'équipement de base qui peut être mis à disposition du bénéficiaire sur simple demande par la « Helpline aides techniques » de l'AEC. Cette procédure est appliquée pour que les bénéficiaires disposent le plus rapidement possible de leur chaise de douche. L'adéquation entre le type de chaise de douche à fournir et la configuration de la douche n'est donc pas toujours vérifiée sur place par l'AEC. Dans la majorité des cas, quand une demande aides et soins est ouverte en parallèle, un référent se rend néanmoins sur place.

Par ailleurs, comme les chaises de douche sont facilement transportables en coffre de voiture, elles sont fréquemment enlevées au SMA par le bénéficiaire ou son entourage. Dans ces cas, comme il n'y a pas de livraison à domicile, le fournisseur ne peut pas s'assurer de l'installation correcte et de la convenance de la chaise de douche.

Pour ces raisons et bien qu'il s'agisse d'une aide technique simple ne nécessitant pas beaucoup de réglages, l'AEC a procédé à une enquête visant à connaître la satisfaction des bénéficiaires, notamment par rapport à la qualité de la chaise de douche fournie, à son adéquation et à son utilisation au quotidien.

[36] Ces chiffres ne comprennent pas les chaises de douche qui ont été mises à disposition au cours des années précédentes par l'assurance dépendance et qui sont encore en service chez les bénéficiaires.

Profil des personnes concernées

En juillet 2021, un questionnaire a été envoyé à 120 personnes qui ont bénéficié de la mise à disposition d'une chaise de douche par l'assurance dépendance en 2020 et qui disposaient encore de cette chaise au moment de la réalisation de l'enquête.

En 2020, la moyenne d'âge des bénéficiaires d'une chaise de douche était de 75 ans (12 ans à 100 ans) et 63% des bénéficiaires étaient des femmes.

73,8% des bénéficiaires d'une chaise de douche nécessitent de l'aide pour réaliser les actes essentiels de la vie et disposent d'une synthèse de prise en charge. La majorité de ces bénéficiaires disposent d'une aide partielle (AEVH02) pour réaliser les soins d'hygiène.

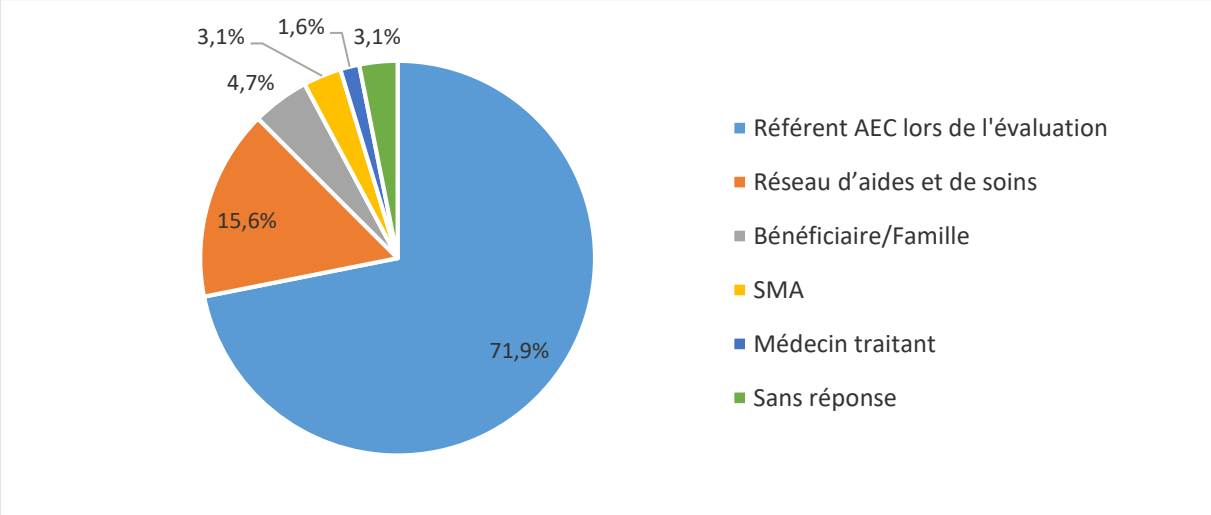
AEVH01	9,8%		
AEVH02	61,6%		
AEVH03	26,2%	AEVH-C	2,2%
Pas d'acte hygiène	2,4%		

Tableau 37 : Répartition des besoins en aide en hygiène par intensité

Il convient de noter que plus d'un quart des bénéficiaires de chaises de douche (26,2%) ne disposent pas d'une synthèse de prise en charge pour les AEV. Les aides techniques peuvent en effet être accordées à des personnes qui ne sont pas dépendantes au sens de la loi, afin de leur permettre de maintenir ou de retrouver leur autonomie de vie.[37]

Concernant le taux de participation à l'enquête, sur les 120 questionnaires envoyés, 64 ont été remplis et retournés à l'AEC, soit 53%.

Des renseignements préliminaires ont été demandés aux bénéficiaires, afin de savoir qui leur a recommandé la mise à disposition d'une chaise de douche : 71,9% des bénéficiaires indiquent que le référent du dossier de l'AEC leur a conseillé cette aide technique. 15,6% des chaises de douche ont été demandées par les professionnels du réseau d'aides et de soins et seulement 4,7% ont été commandées à l'initiative du bénéficiaire ou de sa famille.

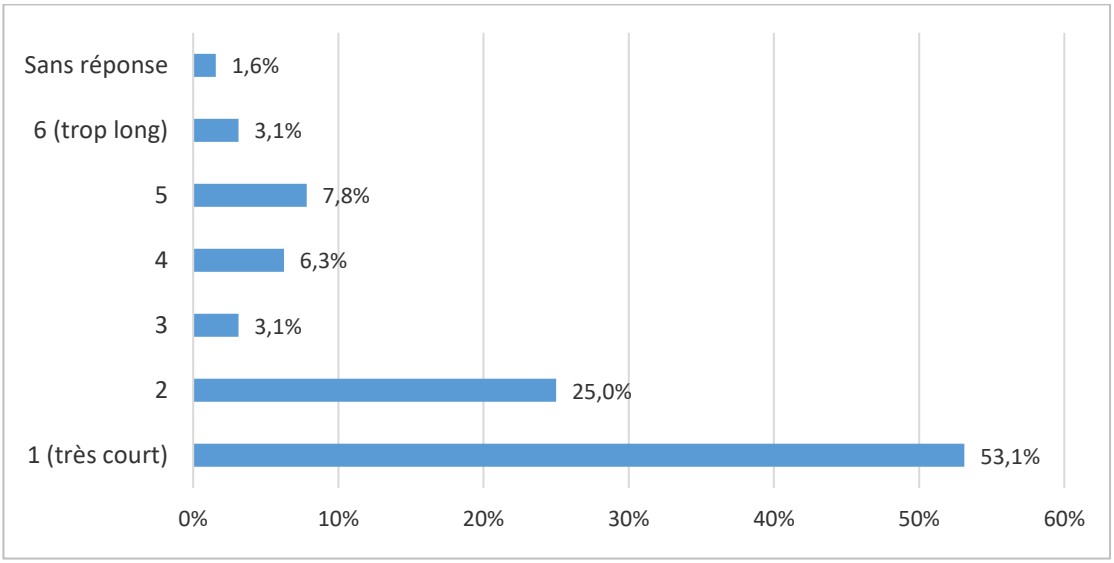


Graphique 67 : Responsabilité de la commande des chaises de douche

[37] Art.356 § 3 du CSS : *« Des aides techniques peuvent être prises en charge pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillage, des activités d'assistance à l'entretien du ménage et de la communication verbale ou écrite ».*

1.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de la chaise de douche

Le délai pour la mise à disposition de la chaise de douche est considéré comme court ou très court par 78,1% des bénéficiaires. Pour 9,4% des bénéficiaires ce délai a été moyennement long et 10,9% des bénéficiaires estiment que le délai a été long, voire trop long.



Graphique 68 : Perception du délai de mise à disposition

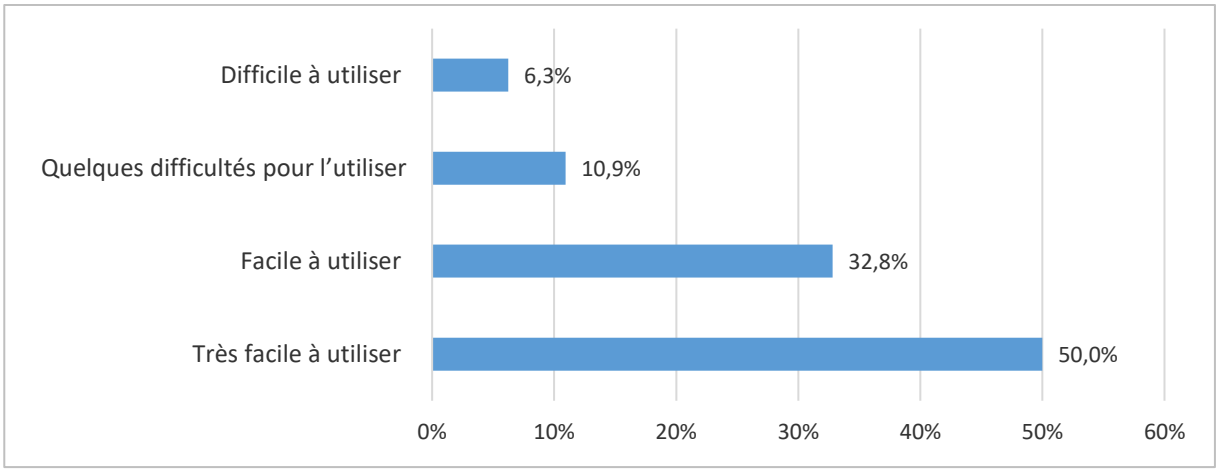
56,3% des bénéficiaires indiquent que la chaise de douche leur a été livrée à domicile et 43,8% des bénéficiaires ont enlevé leur chaise au SMA.

La plupart des bénéficiaires (85,9%) estiment avoir reçu les explications nécessaires de la part du fournisseur. 14,1% des bénéficiaires indiquent ne pas avoir reçu d'indications. Une analyse de ces dossiers montre qu'il s'agit dans tous les cas de chaises de douche qui ont été enlevées au SMA par le bénéficiaire ou son entourage. Plus de la moitié de ces chaises étaient du type « chaise de douche de coin ». Or, ce type de chaise nécessite des consignes d'installation très précises par le fournisseur pour éviter tout risque de chutes.

Un quart des bénéficiaires indiquent ne pas savoir à qui s'adresser en cas de problèmes avec leur chaise de douche. Il est à noter cependant que sur toutes les aides techniques fournies par le SMA, une étiquette indique les coordonnées de contact du SMA.

1.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de la chaise de douche et à son utilisation

L'utilisation de la chaise de douche est considérée comme facile, voire très facile par 82,8% des personnes ayant répondu à l'enquête. 10,9% des utilisateurs rencontrent quelques difficultés et 6,3% indiquent avoir des difficultés pour l'emploi de leur chaise de douche. Une analyse de ces dossiers montre qu'il s'agit pour la plupart de chaises de douche de coin qui ont cependant été livrées à domicile par le fournisseur.

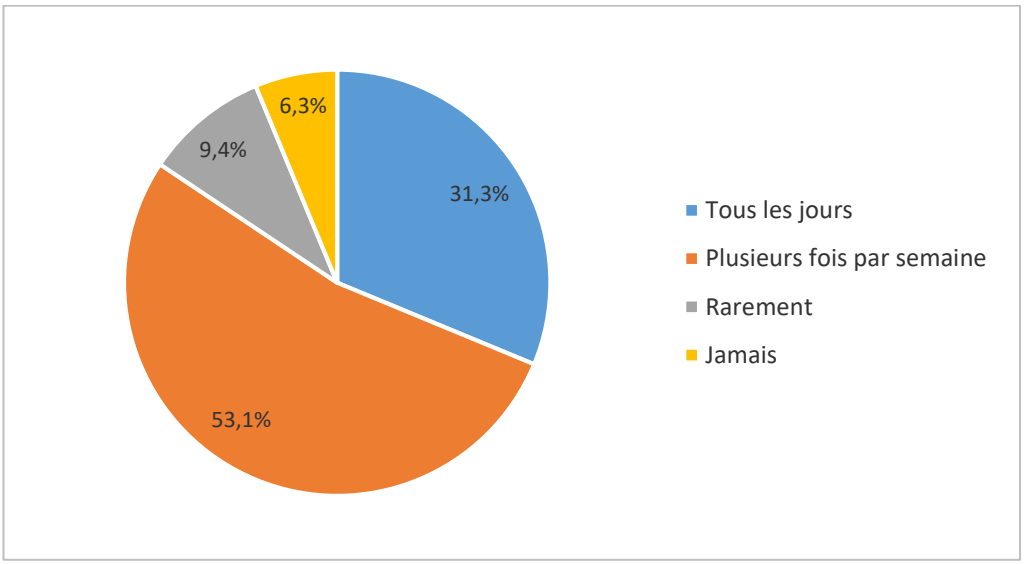


Graphique 69 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la facilité d'utilisation de la chaise de douche

17,2% des bénéficiaires utilisent la chaise de douche également devant le lavabo pour faciliter leurs soins corporels.

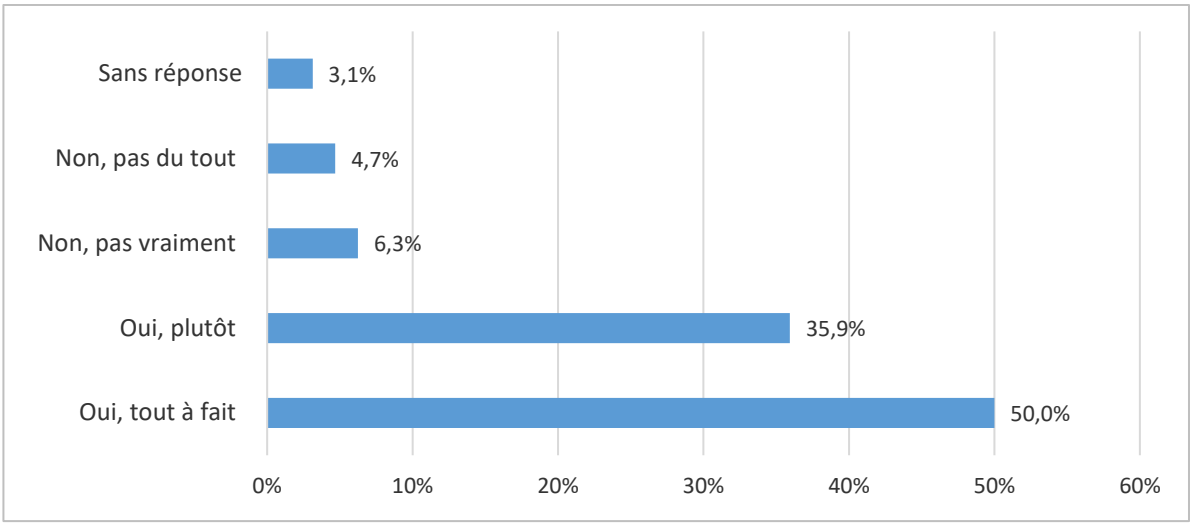
La quasi-totalité des bénéficiaires se sentent en sécurité lors de l'utilisation de leur chaise de douche.

La plupart des chaises de douche sont employées régulièrement : 31,3% des bénéficiaires l'utilisent tous les jours et 53,1% plusieurs fois par semaine. 15,7% des bénéficiaires ne se servent que rarement, voire jamais de leur chaise de douche. L'analyse de ces dossiers montre qu'une faible utilisation n'est pas liée à un type de chaise de douche spécifique.



Graphique 70 : Fréquence d'utilisation de la chaise de douche

La majorité des bénéficiaires (85,9%) considèrent que la chaise de douche répond à leurs besoins. Cependant, 11% des bénéficiaires estiment qu'elle ne leur convient pas vraiment, voire pas du tout. Ils précisent alors tous dans leur commentaire que la chaise de douche est trop encombrante pour l'espace de douche disponible.



Graphique 71 : Adéquation entre le besoin et l'utilisation de la chaise de douche

Enfin, 80% des bénéficiaires estiment que la mise à disposition de la chaise de douche a apporté des changements positifs dans leur quotidien.

De nombreuses remarques positives ont été formulées par les bénéficiaires qui relèvent notamment que la chaise de douche :

- augmente leur sécurité et diminue le risque de chutes lors de la douche ;
- augmente leur autonomie et leur permet de se laver et de s'assécher en partie ou entièrement seul ;
- simplifie la tâche de la personne aidante ;
- est confortable.

1.3 Conclusions

Les bénéficiaires de chaises de douche sont relativement âgés, avec une moyenne d'âge de 75 ans et une prévalence féminine.

Un quart des bénéficiaires n'est pas dépendant au sens de la loi et la chaise de douche leur permet de rester autonome pour réaliser les soins d'hygiène.

Alors que la chaise de douche fait partie des aides techniques standards qui peuvent être fournies sur simple demande à la « Helpline aides techniques » de l'AEC, la plupart des chaises de douche (72%) ont été commandées et mises à disposition suite à l'évaluation des besoins de la personne par le référent de l'AEC.

La grande majorité des bénéficiaires (86%) a reçu les informations nécessaires de la part du fournisseur, ce qui leur permet d'utiliser la chaise de douche en toute sécurité. Une attention particulière doit toutefois être apportée lorsque la chaise de douche n'est pas livrée à domicile, mais enlevée au SMA. En effet, les bénéficiaires qui indiquent ne pas avoir reçu d'instructions avaient tous récupéré leur chaise de douche au SMA.

Le délai pour la mise à disposition de la chaise de douche est considéré comme court par près de 80% des bénéficiaires. Ce résultat très positif témoigne de l'efficacité des procédures mises en place à l'AEC et au SMA pour assurer la fourniture rapide des aides techniques de première nécessité.

Plus de 80% des bénéficiaires considèrent que la chaise de douche est facile à utiliser et s'en servent plusieurs fois par semaine voire quotidiennement.

La quasi-totalité des bénéficiaires se sentent en sécurité lors de l'utilisation de leur chaise de douche.

La chaise de douche répond aux besoins de la plupart des bénéficiaires (86%). Les quelques problèmes relevés sont en lien avec l'encombrement de la chaise de douche dans un espace de douche limité.

La très grande majorité des bénéficiaires (80%) considèrent que la chaise de douche a apporté des changements positifs dans leur quotidien.

Les résultats de l'enquête confirment une très bonne adéquation des chaises de douche fournies par l'assurance dépendance, bien qu'une part importante de ces chaises soient mises à disposition par le biais de la « Helpline aides techniques » sans vérification sur place par l'AEC.

De même, le fait que beaucoup de chaises de douche ne sont pas livrées mais enlevées au SMA par le bénéficiaire ou son entourage n'a pas d'impact négatif sur leur utilisation.

Le fonctionnement actuel pour la mise à disposition des chaises de douche est donc conforté.

Il n'y a pas d'actions d'amélioration importantes à mener, si ce n'est :

- Rechercher un modèle de chaise de douche plus compact pour les rares situations où les chaises de douche actuellement fournies sont trop encombrantes pour l'espace de douche disponible.
- Veillez à ce que toutes les explications nécessaires pour une installation correcte de la chaise de douche et une utilisation en toute sécurité soient fournies et bien comprises, notamment lorsque la chaise de douche est enlevée au SMA par le bénéficiaire ou son entourage.

2. Enquête de satisfaction concernant les fauteuils roulants actifs

Les fauteuils roulants actifs font partie des aides techniques non-standards, qui sont mises à disposition en petite volumétrie par l'assurance dépendance. Ils sont acquis par l'AEC par appels d'offres auprès des fournisseurs autres que le Service Moyens Accessoires. Légers et compacts, les fauteuils roulants actifs sont conçus pour répondre aux besoins particuliers de la conduite active des personnes qui se déplacent beaucoup au quotidien. Ils existent en version à châssis pliable et à châssis fixe. Les différents modèles sur le marché évoluent rapidement en fonction du retour des utilisateurs expérimentés et de l'amélioration des matériaux.

Les bénéficiaires ont souvent de bonnes connaissances concernant les différents types de fauteuils roulants actifs commercialisés. C'est pourquoi, les différentes options et les attentes des bénéficiaires doivent être prises en compte lors de la détermination du modèle de fauteuil roulant actif qui sera effectuée par le référent de l'AEC.

L'AEC a donc décidé de procéder à une enquête de satisfaction qui vise à connaître la satisfaction de ces bénéficiaires de fauteuils roulants actifs notamment par rapport :

- à l'accompagnement par l'AEC pour la mise à disposition du matériel
- au fournisseur du fauteuil roulant actif
- à la qualité du fauteuil roulant actif et à son utilisation

<u>Profil des personnes concernées</u>

En juin 2020, un questionnaire a été envoyé aux 55 personnes qui ont bénéficié de la mise à disposition d'un fauteuil roulant actif par l'assurance dépendance en 2019 et qui disposaient encore de ce fauteuil roulant actif au moment de la réalisation de l'enquête.

- 16 personnes ont bénéficié de la mise à disposition d'un fauteuil roulant actif à châssis fixe.
- 39 personnes ont bénéficié de la mise à disposition d'un fauteuil roulant actif à châssis pliable.

La moyenne d'âge des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs à châssis fixe est de 36 ans (7 ans à 61 ans), alors que la moyenne d'âge des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs pliables est plus élevée c'est-à-dire 48 ans (10 à 83 ans). Il s'agit donc d'une population relativement jeune, notamment pour les bénéficiaires de fauteuils roulants actifs à châssis fixe.

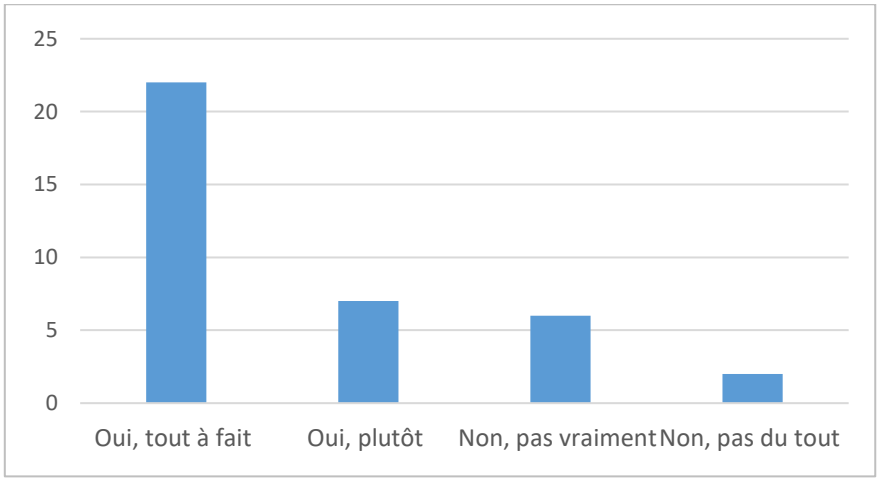
71% des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs sont des hommes. Cette prévalence est encore plus marquée pour les fauteuils roulants actifs à cadre fixe (75%).

54,5% des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs nécessitent de l'aide pour les actes essentiels de la vie et disposent d'une synthèse de prise en charge. Alors que l'on associe en général les fauteuils roulants actifs à des personnes assez autonomes, il est surprenant de constater que 20% des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs nécessitent de l'aide humaine pour se déplacer. En effet, 5,5% des bénéficiaires disposent du forfait simple et 14,5 % du forfait majoré pour les déplacements.

Préambule

La participation à l'enquête a été élevée : sur 55 questionnaires envoyés, 37 ont été remplis et retournés à l'AEC, soit 67%.

Des renseignements préliminaires à l'enquête ont été demandés au bénéficiaire, afin de connaître sa préférence par rapport à un modèle spécifique de fauteuil roulant actif souhaité. 78,4% des personnes ayant répondu au questionnaire avaient une idée précise par rapport au modèle souhaité et 62,2% des bénéficiaires avaient déjà essayé différents modèles de fauteuils roulants actifs avant l'introduction de leur demande auprès de l'assurance dépendance.

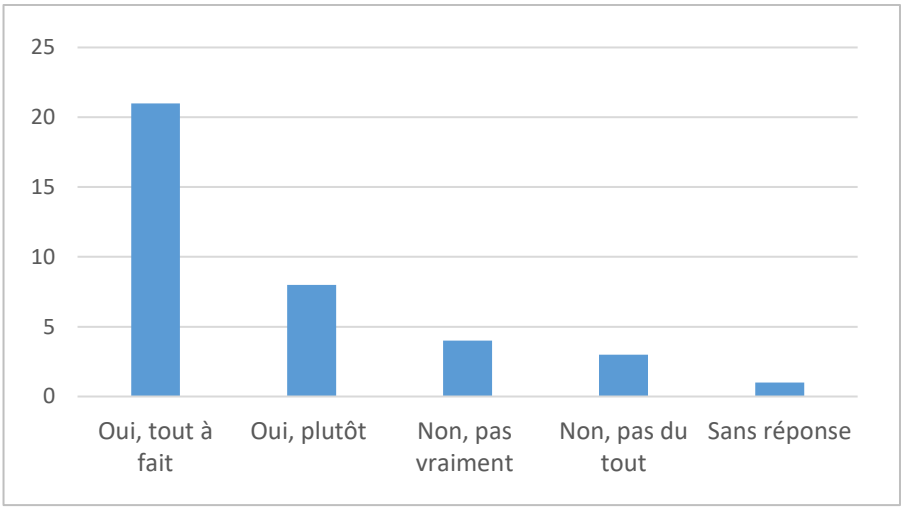


Graphique 72 : Idée précise du modèle de fauteuil roulant actif spécifique souhaité

2.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'AEC

94,6% des bénéficiaires se disent satisfaits, voire très satisfaits de la manière dont l'AEC a traité leur demande pour la mise à disposition d'un fauteuil roulant actif.

La grande majorité des bénéficiaires (78,4%) estiment avoir été impliqués par l'AEC dans le choix du modèle et de la configuration du fauteuil roulant actif. 7 personnes considèrent qu'elles n'ont pas été vraiment, voire pas du tout impliquées.



Graphique 73 : Implication du bénéficiaire dans le choix du modèle du fauteuil roulant actif

56,8% des bénéficiaires ayant participé à l'enquête avaient une préférence concernant le fournisseur du fauteuil roulant actif. 83,3% de ces bénéficiaires considèrent que leur préférence a été respectée.

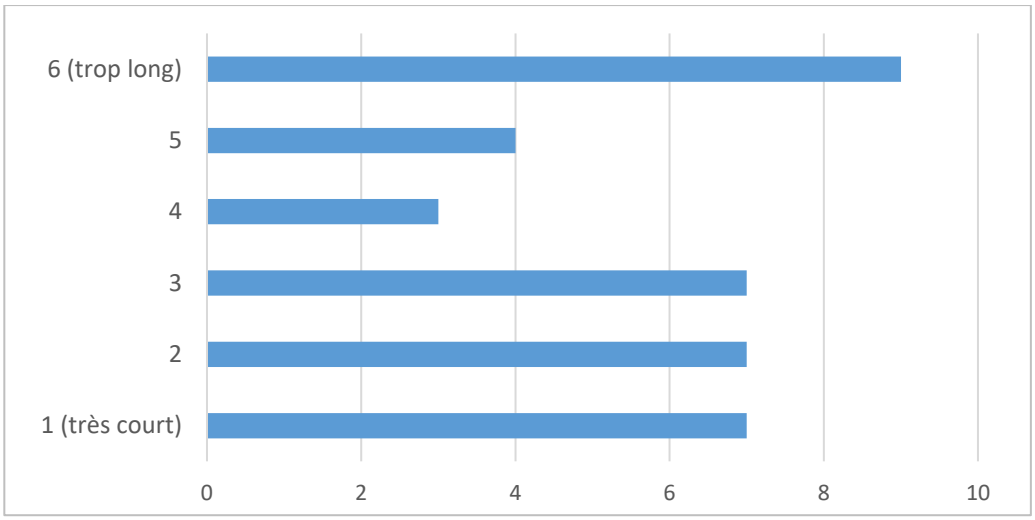
Pour les 4 personnes dont la préférence n'a pas été respectée, une seule personne indique qu'elle a reçu les explications nécessaires concernant la sélection du fournisseur par l'AEC.

2.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur du fauteuil roulant actif

89,2% des bénéficiaires indiquent que le fournisseur les a contactés pour vérifier les mesures et la configuration du fauteuil roulant actif commandé par l'AEC.

En ce qui concerne le délai pour la mise à disposition du fauteuil roulant actif par le fournisseur, 37,8% considèrent que le délai a été court ou très court.

Pour 27% des bénéficiaires ce délai a été moyennement long et 35,1% des bénéficiaires considèrent que le délai a été long, voire trop long.

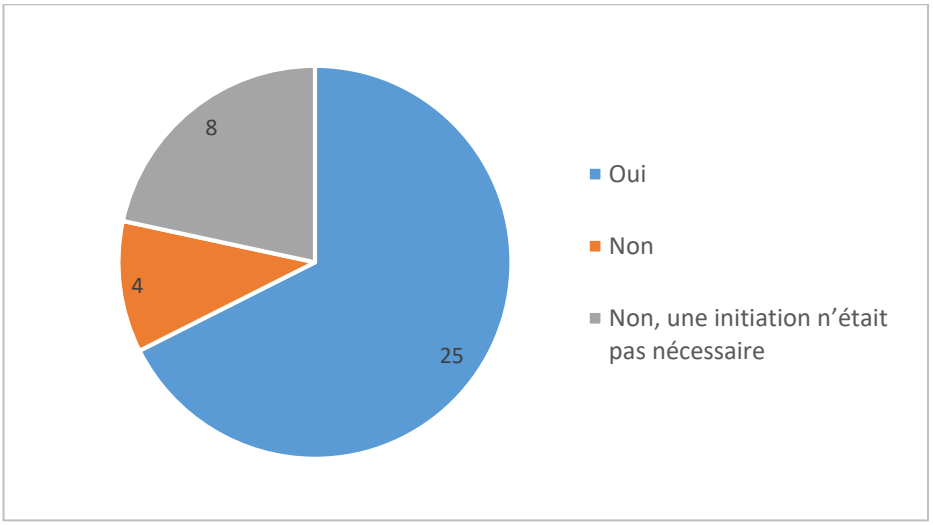


Graphique 74 : Perception du délai de mise à disposition

91,9% des personnes ayant répondu à l'enquête ont essayé le fauteuil roulant actif lors de la livraison en présence du fournisseur.

94,6% des bénéficiaires indiquent que le fournisseur a effectué le réglage du fauteuil roulant actif en fonction de leurs besoins.

La très grande majorité des bénéficiaires indiquent avoir reçu une initiation de la part du fournisseur concernant l'utilisation optimale du fauteuil roulant actif ou n'avoir pas eu besoin d'une initiation.

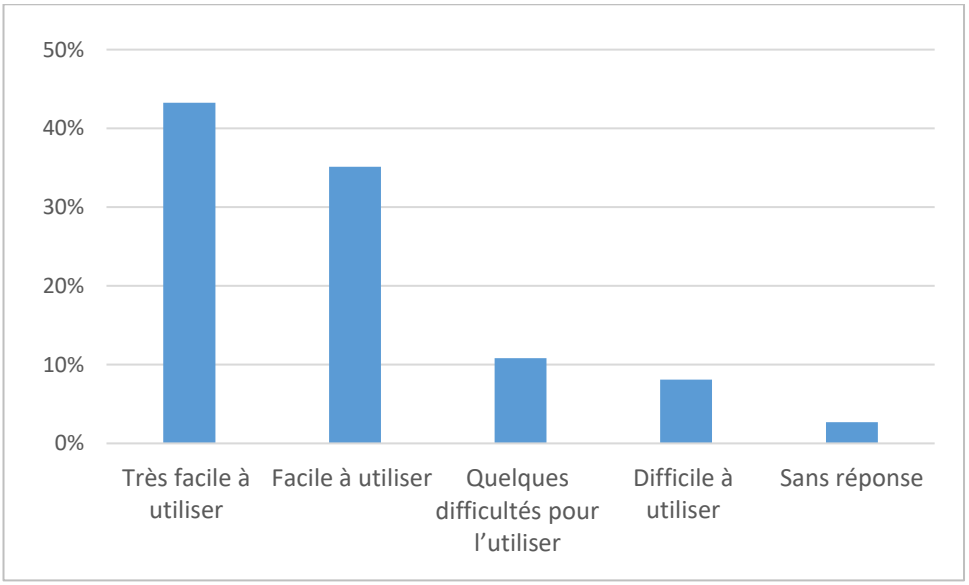


Graphique 75 : Initiation du bénéficiaire par le fournisseur

30 personnes ont reçu des consignes quant à l'entretien du fauteuil roulant actif, 7 personnes indiquent ne pas avoir été informées.

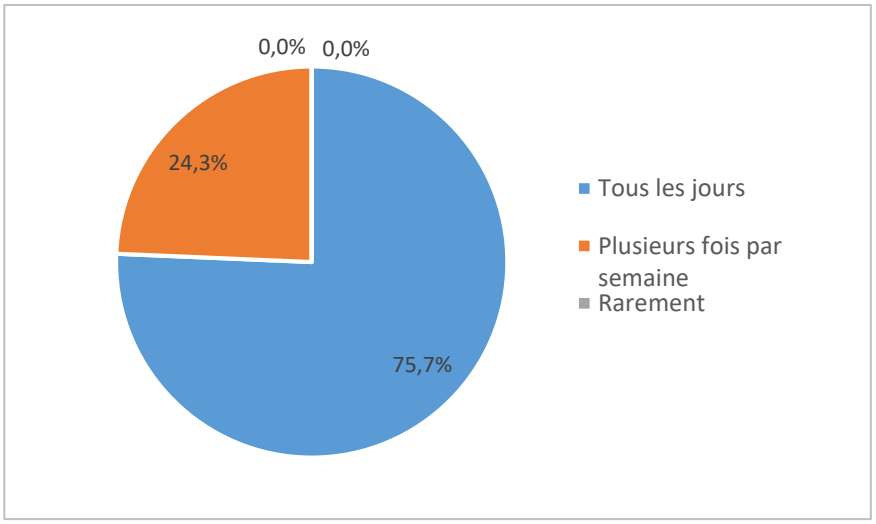
2.3 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du fauteuil roulant actif et à son utilisation

La manipulation du fauteuil roulant actif est considérée comme facile, voire très facile par 78,4% des personnes ayant répondu à l'enquête. 10,8% des utilisateurs rencontrent quelques difficultés et 8,1% indiquent avoir des difficultés avec l'utilisation de leur fauteuil roulant actif.



Graphique 76 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manipulation du fauteuil roulant actif

La grande majorité des personnes ayant répondu à l'enquête utilisent leur fauteuil roulant actif tous les jours.

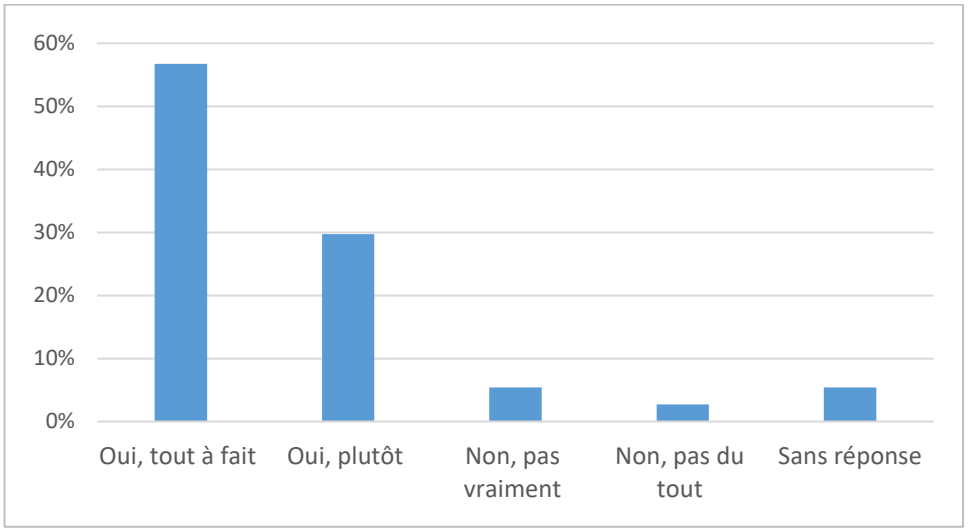


Graphique 77 : Fréquence d'utilisation du fauteuil roulant actif

Plus d'un tiers des bénéficiaires (37,8%) indiquent avoir eu un problème avec le fauteuil roulant actif depuis sa mise à disposition.

Pour 30,6% des utilisateurs, le problème n'a pas encore été résolu au moment de la réalisation de l'enquête. Ces problèmes concernent soit le type de modèle fourni qui ne correspondrait pas entièrement aux besoins et attentes des bénéficiaires soit des problèmes de réglages et d'accessoires.

56,8% des personnes ayant répondu à l'enquête indiquent que le fauteuil roulant actif répond tout à fait à leurs besoins, 29,7% des bénéficiaires considèrent qu'il convient plutôt à leurs besoins.



Graphique 78 : Convenance du fauteuil roulant actif

La très grande majorité des bénéficiaires (86,5%) indique que la mise à disposition du fauteuil roulant actif a apporté des changements positifs dans leur quotidien.

De nombreuses remarques positives ont été formulées par les bénéficiaires qui relèvent notamment le fait que le fauteuil roulant actif :

- leur facilite les déplacements ou augmente leur autonomie ;
- est léger est leur facilite son transport ;
- améliore leur posture ;
- simplifie la tâche de la personne aidante.

Certaines remarques ont également été formulées vis-à-vis de la compétence du fournisseur et du respect par l'AEC du choix du modèle de fauteuil roulant actif et du fournisseur.

2.4 Conclusions

Les bénéficiaires de fauteuils roulants actifs sont relativement jeunes, notamment les bénéficiaires de fauteuils roulants actifs à cadre fixe, avec une prévalence masculine marquée. De fait, les fauteuils roulants actifs sont très fréquemment utilisés par les personnes paraplégiques ou tétraplégiques, pour lesquelles des études montrent des rapports hommes-femmes d'au moins 2:1 chez les adultes[38].

Alors que l'on associe en général les fauteuils roulants actifs à des personnes assez autonomes, plus de la moitié des bénéficiaires nécessitent de l'aide pour les actes essentiels de la vie et disposent d'une synthèse de prise en charge. 20% des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs ont besoin d'aide humaine pour se déplacer. Une analyse montre qu'il s'agit notamment de personnes qui se déplacent de façon autonome sur de courtes distances, mais qui nécessitent de l'aide pour les déplacements plus longs. Dans certaines situations, le fauteuil roulant actif a été attribué pour ses qualités de légèreté et de facilité de manipulation par la personne aidante.

La satisfaction des bénéficiaires d'un fauteuil roulant actif vis-à-vis de la manière dont l'AEC les a accompagnés pour la fourniture de leur matériel est quasi générale, notamment grâce à leur implication dans ce processus.

L'enquête confirme que la plupart des utilisateurs de fauteuils roulants actifs (78,4%) ont une idée précise du modèle de fauteuil roulant actif souhaité, avec plus de 2/3 des utilisateurs qui avaient déjà testé différents modèles avant l'introduction de leur demande auprès de l'assurance dépendance.

Contrairement aux attentes, seulement 56,8% des bénéficiaires indiquent avoir une préférence pour un fournisseur spécifique. En effet, la détermination du fournisseur via appel d'offres par l'AEC avait été remise en cause, par le passé, par certains bénéficiaires qui étaient liés depuis de nombreuses années à une même société. Or, l'enquête montre que presque la moitié des utilisateurs de ce type de fauteuil roulant n'ont pas de lien avec une société spécifique.

Le choix du fournisseur a pu être respecté pour la très grande majorité des bénéficiaires (83,3%). L'impossibilité dans certains cas de pouvoir respecter le fournisseur préféré du bénéficiaire est un des éléments de la procédure d'acquisition du fauteuil roulant actif qui doit lui être expliqué par le référent du dossier. L'AEC détecte ici un potentiel d'amélioration dans le sens où 12,5% des bénéficiaires ont indiqué ne pas avoir reçu de précisions à ce sujet.

Les prestations à assurer lors de la livraison - à savoir le réglage du fauteuil roulant actif en fonction des besoins du bénéficiaire, une mise en situation et initiation du bénéficiaire pour une utilisation optimale du fauteuil roulant actif, ainsi que la transmission des informations concernant son entretien - ont été garanties par la très grande majorité des fournisseurs. Un accent devra toutefois être mis sur les consignes d'entretien du fauteuil roulant actif : en effet, 18,9% des bénéficiaires indiquent ne pas avoir reçu d'instructions.

Les délais pour la mise à disposition des fauteuils roulants actifs ont été remis en cause par plus d'un tiers des bénéficiaires. Une analyse a confirmé des délais de livraison[39] très importants:

- fauteuils roulants actifs pliables : moyenne de 165j/médiane 159j.
- fauteuils roulants actifs à cadre fixe : moyenne de 220j/médiane 201j.

L'AEC devra mener une étude plus détaillée des différentes étapes pour la mise à disposition d'un fauteuil roulant actif, afin de détecter les actions d'amélioration.

---

[38] Source www.who.int : spinal cord injury

[39] Délai entre l'entrée de la demande à l'AEC et la livraison du fauteuil roulant actif.

Plus d'un tiers des bénéficiaires indiquent avoir eu des problèmes avec leur fauteuil roulant actif depuis la livraison. Il s'agit pour la plupart de problèmes d'ordre technique, concernant notamment la perte de pression des pneus et le desserrage de vis.

La détermination du modèle de fauteuil roulant actif et des accessoires requis pour le demandeur sera à améliorer. Alors que la très grande majorité des demandeurs s'investissent dans le choix du modèle de fauteuil roulant actif dont ils souhaitent disposer, il est surprenant qu'uniquement 56,8% des bénéficiaires considèrent que le fauteuil roulant fourni répond tout à fait à leurs besoins. Tout en recherchant l'implication du demandeur et en essayant de respecter ses choix, le référent de l'AEC doit donc rester vigilant par rapport à l'adéquation du modèle de fauteuil roulant actif et des accessoires souhaités. Les spécificités, les indications et les limites des différents modèles de fauteuils roulants actifs sur le marché évoluant constamment, une formation continue du référent en la matière, telle qu'elle est déjà pratiquée actuellement, demeure indispensable.

Néanmoins, bien que le modèle de fauteuil roulant actif fourni ne convienne pas de façon optimale, la très grande majorité des bénéficiaires (86,5%) estiment que le fauteuil roulant actif a eu un impact positif sur leur vie journalière. Il facilite notamment leurs déplacements, augmente leur autonomie, simplifie la tâche de la personne aidante et est plus aisé à transporter en voiture.

3. Enquête de satisfaction concernant les élévateurs d'escaliers

Les élévateurs d'escaliers font partie des aides techniques non-standards qui peuvent être prises en charge par l'assurance dépendance, afin de permettre à une personne qui a des difficultés pour monter et descendre les escaliers d'accéder à son logement et aux lieux de vie.

Ils sont acquis pour le compte du bénéficiaire sur base d'offres de prix émis par des fournisseurs spécialisés. Le bénéficiaire est le propriétaire de l'élévateur d'escalier et par conséquent les frais du contrat d'entretien annuel, les contrôles annuels par un organisme de contrôle agréé et des éventuelles réparations sont à sa charge.

Dans le cadre du suivi spécifique des élévateurs d'escaliers, poste le plus cher des dépenses pour aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance, l'AEC réalise depuis octobre 2020 des enquêtes de satisfaction systématiques auprès des bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers.

Après la réception du rapport de conformité de l'élévateur d'escalier émis par un organisme de contrôle agréé, l'AEC se renseigne par téléphone et sur base d'un questionnaire standardisé auprès du bénéficiaire ou de son entourage sur la fonctionnalité de l'élévateur d'escalier installé à son domicile.

Il importe en effet à l'AEC de détecter toute non-conformité avant de donner son autorisation pour le paiement du solde restant[40].

<u>Préambule</u>

L'analyse porte sur 394 enquêtes téléphoniques réalisées par l'AEC entre octobre 2020 et octobre 2021.

60,9% des entretiens téléphoniques ont été réalisés avec le bénéficiaire et 39,1% avec un membre de la famille.

Bien qu'une grande variété de modèles d'élévateurs d'escaliers soit commercialisée, on constate que la très grande majorité (78,5%) des installations faisant l'objet de l'enquête relève de deux modèles spécifiques d'élévateurs d'escaliers. Il s'agit en l'occurrence de modèles d'élévateurs d'escaliers qui peuvent être installés dans des escaliers étroits, grâce à un pivotement du siège.

[40] Le règlement de 20% de la facture de l'installation d'un élévateur d'escalier est subordonné à l'envoi à l'AEC d'une copie de la réception technique effectuée par un organisme de contrôle agréé.

Nombre d'installations/société faisant l'objet de l'enquête	
Société 1	120
Société 2	79
Société 3	79
Société 4	60
Société 5	27
Société 6	19
Société 7	10

Tableau 38 : Nombre d'élévateurs d'escaliers par société concernés par l'enquête

Les élévateurs d'escaliers visés par l'enquête ont été installés par sept sociétés différentes, dont quatre détiennent la part de marché la plus importante.

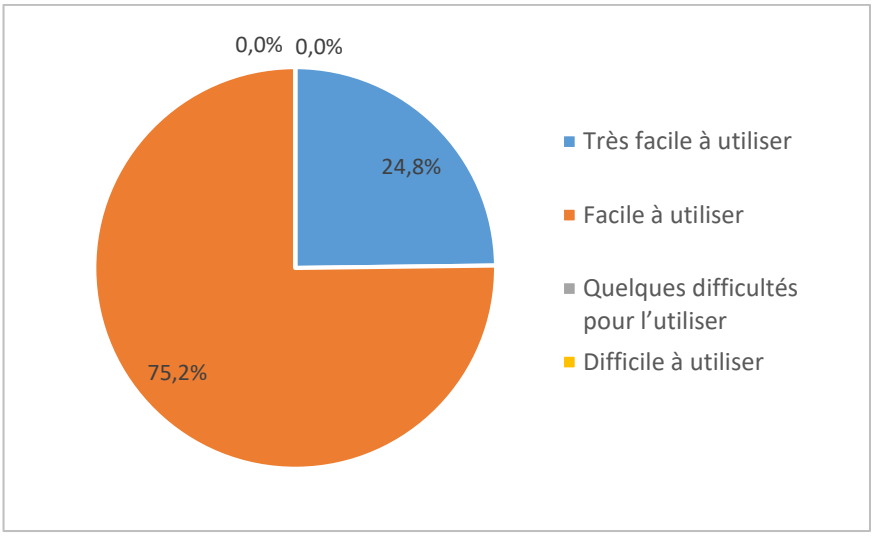
3.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur de l'élévateur d'escalier

La quasi-totalité des bénéficiaires (99,2%) considèrent que le fournisseur leur a donné toutes les explications nécessaires au sujet de l'utilisation de l'élévateur d'escalier.

98,2% des bénéficiaires ont essayé l'élévateur d'escalier après son montage, en présence du fournisseur. Une mise en situation du bénéficiaire est en effet indispensable, afin de vérifier la sécurité et la fonctionnalité de l'installation au niveau de l'accès au siège, ainsi que sur l'ensemble du trajet de l'élévateur d'escalier.

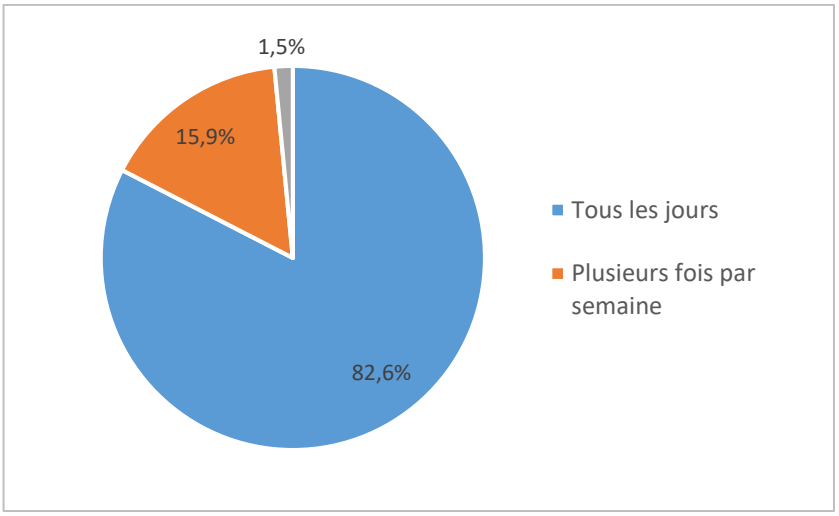
3.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité de l'élévateur d'escalier et à son utilisation

Tous les bénéficiaires considèrent que leur élévateur d'escalier est facile, voire très facile à utiliser. Cet excellent résultat peut surprendre, au vu du contexte architectural parfois très complexe et de l'espace disponible exigu. L'évolution technique des produits y a certainement contribué, avec notamment des sièges pivotant automatiquement, pouvant s'adapter pendant la course de l'élévateur d'escalier pour permettre le passage des genoux et des pieds de l'utilisateur à des points étroits. D'autre part, le suivi spécifique des élévateurs d'escaliers et l'échange régulier de l'AEC avec les fournisseurs ont permis d'atteindre une très bonne fonctionnalité des installations.



Graphique 79 : Facilité d'utilisation de l'élévateur d'escalier

La très grande majorité (82,6%) des personnes contactées pour l'enquête utilisent leur élévateur d'escalier tous les jours. 15,9% s'en servent plusieurs fois par semaine, ce qui peut s'expliquer notamment par les élévateurs d'escaliers donnant accès au logement, utilisés uniquement lors des sorties du bénéficiaire. 1,5% des bénéficiaires n'emploient l'élévateur d'escalier que rarement. L'analyse de ces dossiers montre qu'il s'agit de bénéficiaires dont l'état de santé s'est dégradé : ils sont soit constamment alités ou ne sortent plus du logement pour des raisons de santé.



Graphique 80 : Fréquence d'utilisation de l'élévateur d'escalier

Très peu de bénéficiaires (6,4%) indiquent avoir eu des problèmes avec l'élévateur d'escalier depuis son installation. Les problèmes relevés concernaient essentiellement le bruit du moteur, le desserrage d'une vis de fixation, des difficultés avec la commande ou des travaux d'ajustement par le menuisier dans le cas d'une modification de porte[41]. La majeure partie de ces problèmes avait été résolue par le fournisseur au moment de la réalisation de l'enquête.

L'AEC a dû contacter le fournisseur afin de redresser les problèmes rencontrés pour uniquement 2% des élévateurs d'escaliers faisant l'objet de l'enquête. Pour 0,5% des installations, une visite sur place de l'AEC en présence du fournisseur et du bénéficiaire a été nécessaire, afin de clarifier la situation et de rechercher une solution.

La fonctionnalité des élévateurs d'escaliers qui ont fait l'objet de cette enquête et qui avaient déjà tous été réceptionnés par un organisme de contrôle agréé avant la réalisation de l'enquête, a pu être validée pour la quasi-totalité des installations.

3.3 Conclusions

Les prestations à assurer par les fournisseurs lors de l'installation d'un élévateur d'escalier - à savoir une mise en situation et initiation du bénéficiaire, ainsi que la transmission des informations indispensables pour une utilisation optimale de l'élévateur d'escalier - ont été garanties par la quasi-totalité des fournisseurs.

Tous les utilisateurs considèrent que leur élévateur d'escalier est facile, voire très facile à utiliser. Cet excellent résultat est en grande partie le fruit des efforts qui ont été faits par l'AEC afin de sensibiliser les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers aux besoins spécifiques des personnes dépendantes et aux exigences qui s'en suivent pour la configuration des installations.

L'utilisation de l'élévateur d'escalier fait partie de la vie quotidienne des bénéficiaires et la très grande majorité (plus de 80%) s'en sert tous les jours.

[41] La modification d'une porte peut être nécessaire pour permettre le passage du rail de l'élévateur d'escalier.

Seuls 6% des élévateurs d'escaliers ont posé problème après leur installation. Ces problèmes avaient cependant déjà été résolus en majeure partie par le fournisseur au moment de la réalisation de l'enquête.

L'AEC n'a dû intervenir que rarement pour redresser les problèmes rencontrés par le bénéficiaire et une infime partie des problèmes ont nécessité une visite sur place de l'AEC.

L'enquête de satisfaction permet donc de confirmer la très bonne fonctionnalité des élévateurs d'escaliers contrôlés.

Néanmoins, l'AEC a décidé d'adapter sa stratégie pour la vérification de la qualité des élévateurs d'escaliers. De fait, les enquêtes de satisfaction téléphoniques ont toujours été réalisées par l'AEC après la réception du rapport de conformité de l'élévateur d'escalier par un organisme de contrôle agréé. Or, lorsqu'un élévateur d'escalier a été vérifié techniquement, il est fort probable que peu de problèmes subsistent.

Les excellents résultats de l'enquête démontrent que la réalisation systématique d'enquêtes de satisfaction pour les élévateurs d'escaliers déjà réceptionnés par un organisme de contrôle n'est plus indispensable.

En revanche, l'AEC entend porter l'accent davantage sur le suivi des élévateurs d'escaliers qui ont été installés et dont le rapport de conformité tarde à venir.

En effet, bien que la procédure pour l'introduction d'une offre de prix pour élévateur d'escalier prévoie l'obligation du fournisseur de faire réaliser le contrôle technique par un organisme de contrôle agréé dans les jours suivant l'installation, un nombre important d'élévateurs d'escaliers ne sont réceptionnés qu'après de longs mois.

À partir de 2022, les enquêtes de satisfaction seront donc menées auprès de tous les bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers dont la réception technique n'a pas eu lieu dans le délai prévu, afin de s'assurer qu'ils ne rencontrent pas de problèmes fonctionnels ou techniques avec leur installation (voir également le chapitre III.4 « Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé », à la page 155).

3.4 Remarque : Durée de résidence dans un logement équipé d'un élévateur d'escalier

Le règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance définit des conditions d'habitation pour les élévateurs d'escaliers.[42]

Ces conditions ont été introduites avec la réforme de l'assurance dépendance et ne sont applicables que

[42] Art. 12bis du Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance **:** *« Le logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, subventionné par l'assurance dépendance, doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter de la date de la réception de l'installation de l'aide technique par un organisme de contrôle agrée. A ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance dans le mois suivant ce changement de domicile.*

A défaut de respect de ces conditions, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée.

L'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement équipé d'une plate-forme élévatrice ou d'un élévateur d'escalier, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

La restitution n'ouvre pas droit à l'installation d'une nouvelle plate-forme élévatrice ou d'un nouvel élévateur d'escalier avant le délai de renouvellement fixé. »

pour les élévateurs d'escaliers accordés à partir de l'année 2018.

Comme le délai de résidence lié à la prise en charge d'un élévateur d'escalier doit être arrivé à échéance avant que l'on puisse se prononcer sur son respect par le bénéficiaire, l'AEC ne dispose actuellement pas de recul suffisant pour pouvoir réaliser une analyse pertinente. De fait, pour plus d'un tiers des bénéficiaires d'un élévateur d'escalier le délai de résidence est encore en cours.

Une première analyse de la durée de résidence des bénéficiaires dans un logement équipé d'un élévateur d'escalier ne pourra donc être réalisée que pour le rapport biennal de 2024.

4. Enquête de satisfaction concernant les lève-personnes : actions d'amélioration

Une enquête de satisfaction concernant les lève-personnes a été réalisée en 2020 par l'AEC et les résultats ont été présentés dans le premier rapport biennal de façon détaillée (pages 85-92).

L'enquête avait témoigné de certains éléments inattendus :

- la manipulation d'un lève-personne par un aidant non-professionnel est fréquente ;
- l'aptitude de l'aidant non-professionnel à manipuler le lève-personne n'a pas été vérifiée par l'AEC avant la mise à disposition de l'aide technique ;
- près d'un tiers des bénéficiaires ayant répondu à l'enquête ont indiqué ne pas se sentir en sécurité lors des transferts avec le lève-personne.

En raison des prescriptions de sécurité types[43] de l'Inspection du Travail et des Mines (ITM) et afin de soutenir davantage les personnes aidantes non-professionnelles à manipuler un lève-personne, l'AEC a révisé – en collaboration avec le SMA - la procédure pour la mise à disposition des lève-personnes.

4.1 Modification de la démarche pour la mise à disposition d'un lève-personne

Lorsque tout ou partie des transferts d'une personne avec un lève-personne sont réalisés par un aidant non-professionnel, une *initiation* de la personne aidante a désormais lieu au SMA. Lors de cette initiation, l'aidant peut se familiariser avec le concept d'un lève-personne et l'essayer dans les différentes situations de vie rencontrées à domicile.

Si l'initiation de la personne aidante a été concluante, un *essai* du lève-personne est réalisé au domicile du bénéficiaire, en présence d'un agent de l'AEC et d'un technicien du Service Moyens Accessoires. L'essai doit permettre de déterminer le modèle de lève-personne qui convient le mieux au contexte architectural rencontré et surtout aussi aux besoins de la personne dépendante. De fait, les transferts avec un lève-personne demandent un temps d'adaptation et peuvent provoquer de l'anxiété chez la personne transférée. L'agent de l'AEC est donc très attentif par rapport à l'acceptation de l'aide technique par le bénéficiaire.

Par ailleurs, cette mise en situation permet d'évaluer l'aptitude de la personne aidante à installer la personne dépendante correctement dans la sangle du lève-personne et à manipuler cette aide technique en toute sécurité. Le cas échéant, une formation pour l'utilisation du lève-personne pourra être accordée à la personne aidante par l'AEC.

---

[43] *ITM-SST1243.1. Prescriptions de sécurité types relatives aux « Appareils de levage et de transport de personnes à mobilité réduite utilisés à des fins de soins ou de traitement médical » : (…)*

5.1. Les exploitants d'appareils et employeurs des personnes conductrices sont tenus chacun en ce qui le concerne d'assurer une formation spécifique et continue appropriée et suffisante des conducteurs.

5.2. Les conducteurs d'appareils doivent en plus être toujours bien initiés à leur tâche.

6.1. L'utilisation de l'appareil doit être réservée aux personnes autorisées.

4.2 Personnes de référence pour lève-personnes

Des personnes de référence en matière de lève-personnes ont été formées au sein de l'AEC et du SMA, afin de pouvoir aider au mieux la personne dépendante et son entourage. Par ailleurs, elles conseillent leurs collaborateurs par rapport à leur domaine d'expertise et sont l'interlocuteur de référence des réseaux d'aides et de soins pour toute question relative à la mise à disposition d'un lève-personne.

4.3 Création de supports adaptés

Divers supports ont été créés par l'AEC et le SMA pour accompagner le changement de procédure :

- un *guide métier* servant de référence aux agents de l'AEC et du SMA a été élaboré afin d'assurer la qualité et l'homogénéité du traitement des demandes pour lève-personnes ;
- une *fiche d'information* a été créée pour les personnes aidantes, mettant en évidence les données essentielles pour une manipulation en toute sécurité du lève-personne ;
- une *fiche* indiquant les *« boucles recommandées »* a été conçue: la sangle utilisée pour réaliser les transferts de la personne avec un lève-personne comprend différentes boucles. Lors de l'essai, différents choix de boucles sont testés afin de trouver la position la plus confortable pour la personne transférée. Les boucles recommandées sont indiquées sur la fiche, dans le but d'utiliser cette position pour chaque transfert et d'en informer l'ensemble des aidants.

4.4 Mise en conformité

Afin d'être en règle par rapport aux exigences de l'ITM qui prévoit un contrôle technique annuel par un organisme de contrôle agréé pour les lève-personnes, le SMA prévoit la réalisation de cette réception technique pour l'ensemble des lève-personnes qu'il gère.

4.5 Conclusions

L'enquête réalisée en 2020 auprès des bénéficiaires de lève-personnes montre l'intérêt de solliciter directement les bénéficiaires pour détecter des pistes d'amélioration. De fait, afin de garantir la sécurité des bénéficiaires et de s'assurer des compétences des personnes aidantes non-professionnelles à manipuler un lève-personne, des changements importants de procédures au sein de l'AEC et du SMA ont été initiés suite aux résultats de l'enquête.

Toutefois, il ne faut pas sous-estimer l'investissement en temps et en énergie nécessaire pour modifier un système en place et l'AEC devra rester vigilante à ce que les nouvelles pratiques soient appliquées à tous les niveaux.

III. DÉLAIS DE LIVRAISON DES AIDES TECHNIQUES FOURNIES PAR L'ASSURANCE DÉPENDANCE

1. Délais de livraison - 2020

L'analyse porte sur les délais de livraison des aides techniques commandées et livrées en 2020 et doit permettre de vérifier le respect de l'engagement pris par les fournisseurs. Les délais de livraison sont calculés en jours ouvrables.

Dans cette analyse, nous distinguons entre le Service Moyens Accessoires et les autres fournisseurs, car les modalités respectives pour la détermination du délai de livraison ne sont pas identiques.

1.1 Les délais de livraison du Service Moyens Accessoires (SMA) - 2020

Pour rappel : Le SMA ne livre que les aides techniques encombrantes ou nécessitant une installation au lieu d'utilisation. Les aides techniques transportables en voiture ne sont pas livrées et sont à enlever au SMA par le bénéficiaire ou ses proches. Seules les aides techniques à livrer par le SMA feront partie de cette analyse.

En 2020, 6.328 aides techniques ont été livrées par le SMA, soit 366 de plus qu'en 2019.

Le SMA a donc assuré en moyenne environ 527 livraisons par mois.

Aides techniques à livrer par le SMA	2019	2020	Variation
Commandes **livrées** au 01.01.2020/01.01.2021	5962	6328	6,1%
Commandes **non livrées** au 01.01.2020/01.01.2021	541	351	-35,1%
Total	**6503**	**6679**	**2,7%**

Tableau 39 : Aides techniques à livrer par le SMA – Tableau comparatif 2019/2020

Le top 10 des aides techniques livrées le plus souvent par le SMA n'a pas changé par rapport à 2019. Les livraisons les plus fréquentes ont concerné les lits médicalisés, suivis des chaises de douche et des chaises percées avec roues. Les dix types d'aides techniques les plus fréquemment livrées constituent 83,6% des livraisons du SMA.

Type d'aide technique	Livraisons 2019	Livraisons 2020	Variation
Lits avec réglage motorisé	900	958	6,4%
Chaises de douche	771	825	7,0%
Chaises percées avec roues	590	702	19,0%
Surélévateurs avec fixations intégrées	543	677	24,7%
Fauteuils roulants de positionnement	448	461	2,9%
Sièges de bain électriques	434	456	5,1%
Matelas alternating	429	475	10,7%
Surélévateurs de WC (séparés)	345	315	-8,7%
Sièges de WC	249	259	4,0%
Lève-personnes passifs	136	164	20,6%

Tableau 40 : Top 10 des aides techniques livrées par le SMA – Tableau comparatif 2019/2020

Comme les délais de livraison ne sont pas fixés dans la convention entre le SMA et la CNS, une annexe à la convention a été élaborée par le SMA, la CNS et l'AEC en 2019, afin de préciser entre autres le délai de livraison pour chaque aide technique à livrer par le SMA. Cependant, en attendant que la convention avec la CNS soit renégociée, les délais fixés dans l'annexe ne sont qu'indicatifs et reposent sur un

engagement libre du SMA.

Il existe 3 délais de livraison différents, visés par le SMA pour la livraison les aides techniques standards: 10 jours, 15 jours et 20 jours. En cas d'urgence, qui se limite aux situations de fin de vie ou d'un grand risque d'escarres, le SMA s'engage à livrer l'aide technique dans les 24 heures.

Les délais définis pour les différentes aides techniques sont fonction notamment des procédés pour l'acquisition de l'aide technique en question par le SMA. En effet, malgré le système de location et de récupération d'aides techniques en place, le SMA ne dispose pas toujours de l'aide technique demandée par l'AEC et doit régulièrement reconstituer son stock.

Les aides techniques standards mises à disposition en grande volumétrie par le SMA sont acquises sur base de contrats-cadres annuels avec différents fournisseurs et peuvent être livrées plus rapidement. Un délai de livraison plus long a été défini pour le matériel hors standard (comme par exemple un matelas anti-escarres de dimensions non-standards).

Dans cette analyse, les délais de livraison de 2020 seront comparés avec les délais définis dans l'annexe à la convention et les délais de livraison de 2019.

1.1.1 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 10 jours

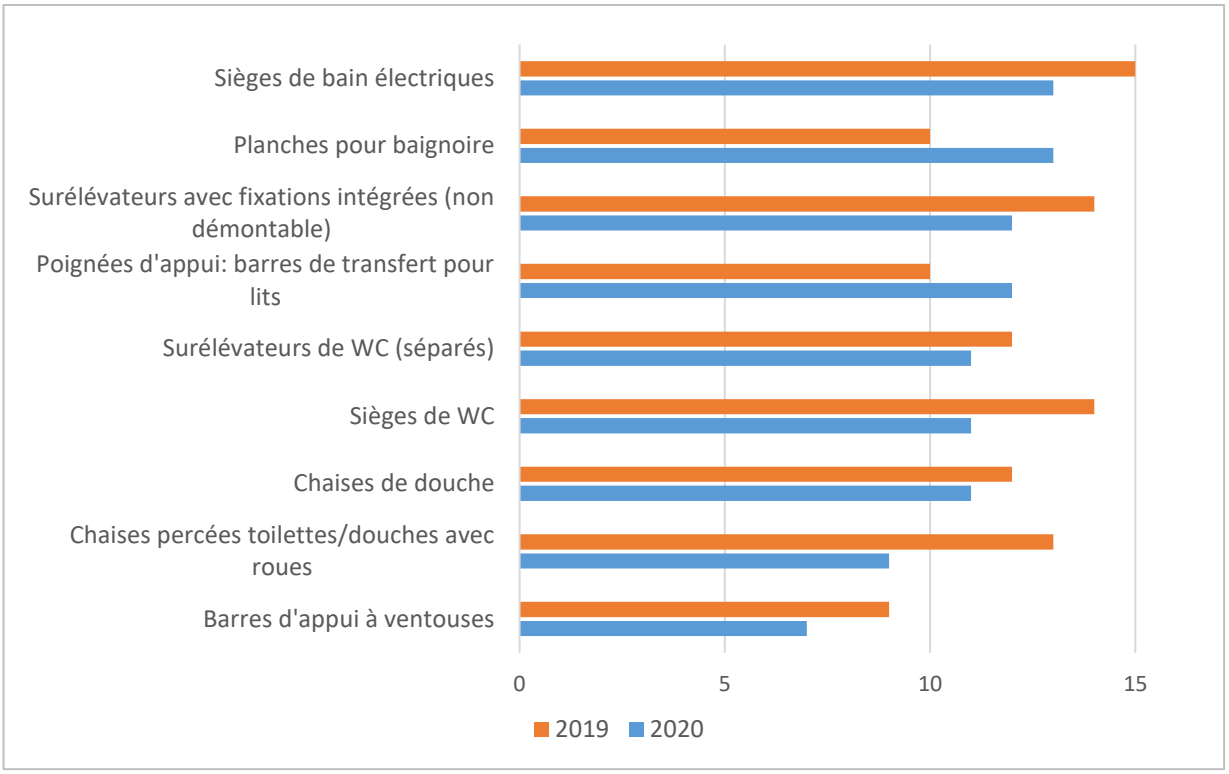
Type d'aide technique	Livraisons 2020	Délai de livraison moyen (jours)	Délai prévu (jours)	Ecart (jours)
Barres d'appui à ventouses	4	7	10	-3
Chaises percées toilettes/douches avec roues	96	9	10	-1
Chaises de douche	825	11	10	+1
Sièges de WC	259	11	10	+1
Surélévateurs de WC (séparés)	315	11	10	+1
Poignées d'appui : barres de transfert pour lits	67	12	10	+2
Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontable)	677	12	10	+2
Planches pour baignoire	66	13	10	+3
Sièges de bain électriques	456	13	10	+3

Tableau 41 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 10 jours

En 2020, le SMA a livré 2.765 aides techniques pour lesquelles un délai de livraison de 10 jours est prévu dans l'annexe à la convention.

Pour deux types d'aides techniques, la livraison a pu avoir lieu avant le délai de 10 jours prévu. Pour les autres types d'aides techniques, l'écart entre les délais de livraison moyens et le délai prévu est peu important et varie de 1 à 3 jours.

Comparé à 2019, le SMA a pu améliorer le temps nécessaire pour la livraison de la grande majorité de ces aides techniques et le délai de livraison moyen est passé de 12,1 jours en 2019 à 11 jours en 2020.



Graphique 81 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 10 jours - Comparatif 2019/2020

1.1.2 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 15 jours

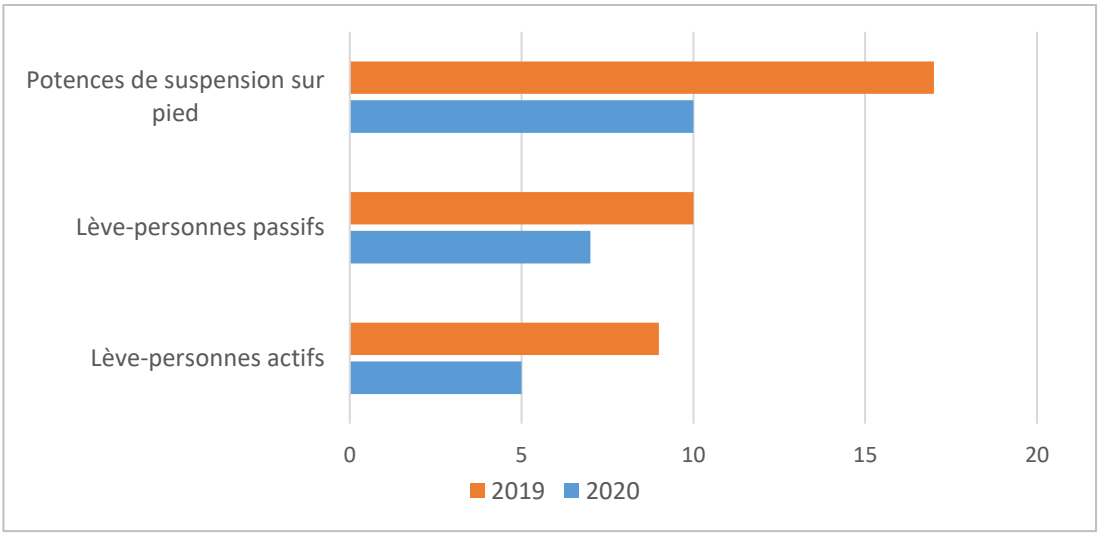
Type d'aide technique	Livraisons 2020	Délai de livraison moyen (jours)	Délai prévu (jours)	Ecart (jours)
Lève-personnes actifs	135	5	15	-10
Lève-personnes passifs	164	7	15	-8
Potences de suspension sur pied	31	10	15	-5

Tableau 42 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 15 jours

En 2020, le SMA a livré 330 aides techniques pour lesquelles un délai de livraison de 15 jours est prévu.

Le délai de livraison a pu être respecté pour la totalité de ces aides techniques. Les lève-personnes ont même pu être livrés endéans 5 à 7 jours, ce qui peut étonner au vu des démarches administratives qui doivent être remplies avant la première utilisation de ce type d'aide technique. En effet, les lève-personnes relèvent de la loi relative aux établissements classés et une réception technique par un organisme de contrôle agréé, de même qu'une autorisation d'exploitation de l'ITM sont requises avant une première utilisation.

Par rapport à 2019, le SMA a pu réduire considérablement le temps nécessaire pour la livraison de ces aides techniques et le délai de livraison moyen est passé de 12 jours en 2019 à 7,3 jours en 2020.



Graphique 82 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 15 jours - Comparatif 2019/2020

1.1.3 Aides techniques avec un délai de livraison prévu de 20 jours

Type d'aide technique	Livraisons 2020	Délai de livraison moyen (jours)	Délai prévu (jours)	Ecart (jours)
Fauteuils roulants électriques extérieur / intérieur pliables	2	8	20	-12
Fauteuils roulants avec poignée à pousser	1	9	20	-11
Chaises percées toilettes/douches avec grandes roues arrière	13	10	20	-10
Rails	6	11	20	-9
Sièges de bain à hauteur fixe	4	12	20	-8
Tables de lecture	16	12	20	-8
Fauteuils roulants à verticalisation électrique	1	15	20	-5
Systèmes vidéo agrandissant l'image, systèmes pour lire textes et images	24	17	20	-3
Déambulateurs avec assisse	7	21	20	+1
Sièges avec réglage électrique	4	21	20	+1
Rampes portables	101	22	20	+2
Chaises percées toilettes/douches avec roues, assisse et dossier inclinable	2	23	20	+3
Chaises hautes pour enfants avec roues	2	27	20	+7
Sièges de bain pour enfants	8	28	20	+8
Appareils de verticalisation inclinable pour enfants	5	29	20	+9
Appareils de verticalisation pour adultes	4	29	20	+9
Ensembles de propulsion manœuvrés par les mains courantes	3	29	20	+9
Scooters à quatre roues	41	30	20	+10
Ensembles de propulsion manœuvrés par joystick et/ou accompagnateur	58	30	20	+10
Appareils de verticalisation fixe pour enfants	2	34	20	+14
Franchisseurs d'escaliers à roues	31	35	20	+15
Systèmes de propulsion pour accompagnateur	73	37	20	+17
Fauteuils roulants électriques d'extérieur (non pliables)	20	39	20	+19
Chaises hautes pour enfants sans roues	2	40	20	+20
Appui-têtes de fauteuils roulants pour voiture	11	41	20	+21
Barres d'appui fixes	99	41	20	+21
Franchisseurs d'escaliers à chenilles	15	41	20	+21
Sièges avec réglage à vérin à gaz	4	46	20	+26
Chaises percées toilettes/douches pour enfants	6	48	20	+28
Tricycles propulsés à l'aide des pieds	7	58	20	+38

Tableau 43 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 20 jours

En 2020, le SMA a livré 572 aides techniques pour lesquelles un délai de livraison de 20 jours est prévu.

Pour huit de ces types d'aides techniques (12% des livraisons), le SMA a pu rester en-dessous du délai de livraison prévu. Pour une majorité de ces aides techniques cependant, le délai de livraison n'a pas pu être respecté par le SMA.

Pourcentage de livraisons	Ecart (jours)
12,0%	-12 à -3
41,0%	+1 à +10
22,0%	+14 à +20
24,0%	+21 à +28
1,0%	+38

Tableau 44 : Ecarts par rapport au délai prévu pour les aides techniques livrables sous 20 jours

Les délais de livraison plus longs s'expliquent par des facteurs différents : il s'agit en partie d'aides techniques pour lesquelles un essai doit être réalisé avant la mise à disposition définitive au bénéficiaire (franchisseurs d'escaliers, scooters, fauteuils roulants électriques d'extérieur, ensembles de propulsion etc.). Or, la réalisation d'essais au domicile du bénéficiaire ou en établissement d'aides et de soins a été particulièrement difficile en 2020 suite au confinement et aux restrictions liées à la pandémie.

D'autres aides techniques nécessitent une configuration et des accessoires spécifiques en fonction des besoins du demandeur (p.ex. appareils de verticalisation), ce qui peut rallonger les délais pour leur mise à disposition.

Le délai de livraison le plus important (58 jours) a pu être constaté pour les tricycles. De fait, avec la pandémie, la demande de vélos a explosé dans la population générale, entraînant des retards de livraison très importants et ayant également une influence sur les cycles adaptés.

Le délai important (54 jours) pour l'installation des barres d'appui fixes constaté en 2019 a pu être amélioré par le SMA. Néanmoins, le délai de 41 jours reste toujours élevé et des efforts seront à faire pour se rapprocher des 20 jours ambitionnés.

Par rapport à 2019, il est important de noter que le délai de livraison moyen de ces aides techniques est presque identique : il est passé de 28 jours en 2019 à 28,1 jours en 2020.

Graphique 83 : Délais de livraison observés pour les aides techniques livrables sous 20 jours - Comparatif 2019/2020

1.1.4 Aides techniques avec un délai de livraison spécifique prévu pour les modèles hors standards

Pour six types d'aides techniques, des délais de livraison plus longs ont été définis dans l'annexe à la convention, lorsque le matériel à livrer ne correspond pas aux modèles standards du SMA. Il s'agit par exemple de chaises-percées ou de matelas alternating extra-larges pour des personnes obèses.

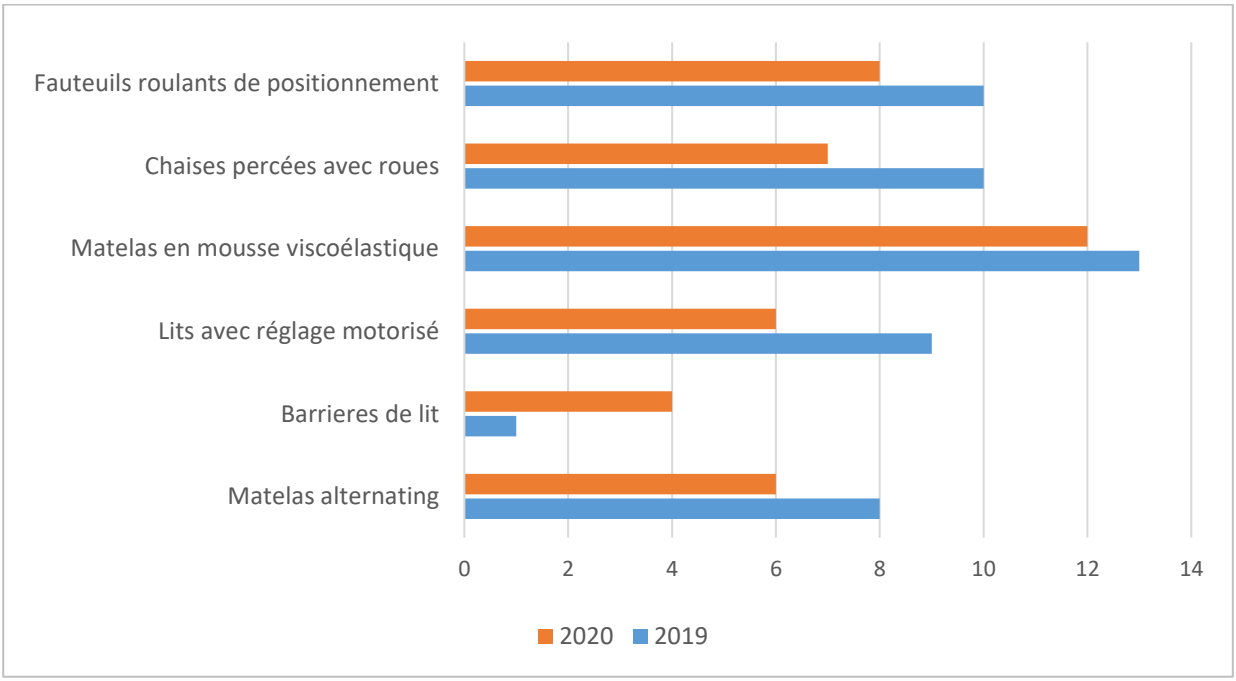
Type d'aide technique	Livraisons 2020	Délai modèle standard prévu (jours)	Délai modèle hors standard prévu (jours)	Délai de livraison moyen (jours)	Ecart (jours)
Matelas alternating	475	10	30	6	-24
Barrières de lit	1	10	20	4	-16
Lits avec réglage motorisé	958	10	20	6	-14
Matelas en mousse viscoélastique	64	15	25	12	-13
Chaises percées avec roues	702	10	20	7	-13
Fauteuils roulants de positionnement	461	15	20	8	-12

Tableau 45 : Délais de livraison spécifiques observés pour les aides techniques hors standard

En 2020, le SMA a livré 2.661 aides techniques pour lesquelles des délais de livraison plus longs ont été définis, lorsqu'il s'agit d'un modèle hors standard.

Le SMA a pu respecter les délais de livraison prévus pour les modèles hors standard et a même livré toutes ces aides techniques dans les délais prévus pour les modèles standards.

Par rapport à 2019, les délais de livraison de ces aides techniques ont quasiment tous pu être réduits et le délai de livraison moyen est passé de 8,5 jours en 2019 à 7,2 jours en 2020.



Graphique 84 : Délais de livraison spécifiques pour les aides techniques hors standards - Comparatif 2019/2020

1.1.5 Conclusions concernant les délais de livraison du Service Moyens accessoires (SMA) - 2020

Les aides techniques de première nécessité, comme les lits avec réglage motorisé, les matelas alternating et les chaises-percées, ont été livrées par le SMA dans les délais prévus à l'annexe de la convention entre le SMA et la CNS.

Pour les autres aides techniques à livrer en grande volumétrie par le SMA, telles que les chaises de douche, les sièges de bain électriques et les surélévateurs de WC, un léger écart par rapport au délai de livraison prévu est observé, qui ne dépasse toutefois pas les trois jours.

De façon générale et malgré les circonstances particulièrement difficiles de 2020, le SMA a pu diminuer le délai de livraison par rapport à 2019 pour la très grande majorité des aides techniques à fournir.

En revanche, l'incidence de la pandémie s'est fait ressentir sur la livraison des aides techniques nécessitant un essai avant la mise à disposition au bénéficiaire, comme par exemple les franchisseurs d'escaliers ou les fauteuils roulants électriques d'extérieur. De fait, la réalisation de mises en situation du bénéficiaire à domicile ou en établissement d'aides et de soins a été particulièrement délicate en 2020, ce qui a augmenté les délais de livraison de ces aides techniques.

Par ailleurs, il convient de rappeler qu'il est indispensable que la convention entre le SMA et la CNS soit rapidement actualisée. En effet, cette convention date de 2002 et ne correspond plus ni à la pratique de la mise à disposition des aides techniques telle qu'elle a évolué au cours des 20 dernières années, ni aux modifications réglementaires qui ont eu lieu en 2006 et 2018.

1.2 Les délais de livraison des autres fournisseurs - 2020

Les aides techniques qui ne peuvent pas être mises à disposition par le SMA sont acquises auprès d'autres fournisseurs.

En 2020, 2.163 commandes d'aides techniques ont été effectuées auprès de 135 fournisseurs différents. La très grande majorité des fournisseurs, soit 125, ont été des fournisseurs luxembourgeois, suivis de six fournisseurs allemands, trois fournisseurs français et un fournisseur belge.

Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs	2019	2020	Variation
Commandes **livrées** au 01.01.2020/01.01.2021	1849	1627	-12,0%
Commandes **non livrées** au 01.01.2020/01.01.2021	502	536	6,8%
Total	**2351**	**2163**	**-8,0%**

Tableau 46 : Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020

Les aides techniques les plus fréquemment acquises auprès des fournisseurs autres que le SMA sont les élévateurs d'escaliers et une attention particulière est accordée par l'AEC au suivi de ces installations[44].

[44] Voir également le chapitre « B.III.4 Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé » à la page 157.

Type d'aide technique	Livraisons 2019	Livraisons 2020	Variation
Élévateurs d'escaliers avec rails au sol	310	329	6,1%
Barres d'appui fixes	218	167	-23,4%
Loupes électroniques transportables	63	83	31,7%
Adaptations de fauteuils roulants	64	67	4,7%
Filtres de lumières (filtres absorbants)	32	51	59,4%
Contrôle technique des adaptations pour la 1ière mise en service de la voiture	67	49	-26,9%
Fauteuils roulants actifs pliables	46	35	-23,9%
Systèmes vidéo agrandissant l'image, système pour lire textes et images	43	30	-30,2%
Aides électroniques pour s'orienter	19	28	47,4%
Adaptation de sièges et/ou dossiers	32	26	-18,8%

Tableau 47 : Top 10 des aides techniques livrées par les autres fournisseurs - Tableau comparatif[45] 2019/2020

Le délai de livraison fait partie des données à indiquer par le fournisseur dans le masque obligatoire à remplir pour toute proposition de marché.

En 2020, 37,6% des aides techniques acquises auprès d'un autre fournisseur ont été livrées endéans un mois et 26,9% endéans deux mois. Pour 35,6% des aides techniques, le délai de livraison a été plus long que deux mois, dépassant pour 7,6% les cents jours pour la livraison.

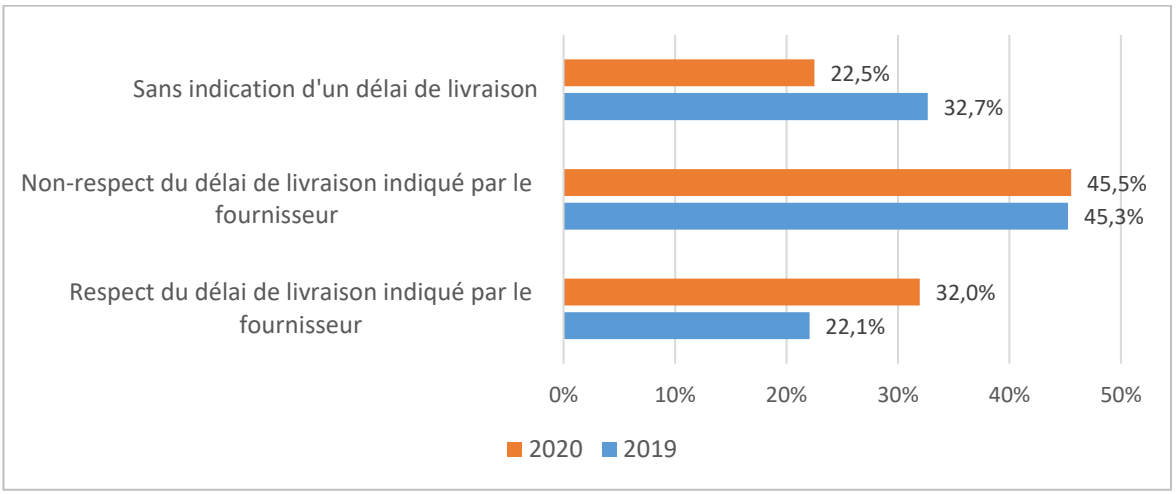
Délais de livraison	Livraisons 2019	% du total des livraisons 2019	Livraisons 2020	% du total des livraisons 2020	Variation % du total des livraisons
0-20 jours	614	33,2%	611	37,6%	13,1%
20-40 jours	603	32,6%	437	26,9%	-17,6%
40-60 jours	324	17,5%	245	15,1%	-14,1%
60-80 jours	146	7,9%	140	8,6%	9,0%
80-100 jours	70	3,8%	70	4,3%	13,6%
>100 jours	92	5,0%	124	7,6%	53,2%

Tableau 48 : Délai de livraison autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020

Par rapport à 2019, on peut relever une hausse d'aides techniques livrées assez rapidement et endéans un mois (+13,1%). On constate cependant également que le quota d'aides techniques avec un délai de livraison important a augmenté : ainsi la part d'aides techniques livrées seulement après 5 mois a fortement progressé.

[45] L'analyse porte sur les aides techniques *commandées et livrées* en 2020. Ces données diffèrent du nombre d'aides techniques livrées en 2020, qui comprennent également les commandes de 2019 livrées en 2020. Ainsi par exemple, 385 élévateurs d'escaliers ont été installés en 2020, dont 329 ont été commandés et installés en 2020.

1.2.1 Respect du délai de livraison indiqué par les autres fournisseurs



Graphique 85 : Respect du délai de livraison autres fournisseurs - Comparatif 2019/2020

1.2.2 Absence du délai de livraison

Lors de la mise en œuvre de la base de données permettant le contrôle des délais de livraison des aides techniques et au vu des premières analyses réalisées par l'AEC en 2019, il s'est avéré que le délai de livraison n'était pas toujours indiqué par le fournisseur et/ou que cette donnée n'était pas toujours saisie dans la base de données des commandes d'aides techniques de la CNS.

Des mesures correctives ont été prises afin d'améliorer la qualité des données:

- les fournisseurs qui ne mentionnaient pas cette donnée ont été avertis que les délais de livraison doivent obligatoirement être indiqués sur toute offre de prix, sous peine de non-recevabilité de l'offre ;
- l'importance de la saisie du délai de livraison dans la base de données des commandes d'aides techniques a été rappelée aux agents de l'AEC et de la CNS.

En 2020, 366 commandes sans indication d'un délai de livraison ont été identifiées pour 111 des 135 fournisseurs. Les actions d'amélioration prises par l'AEC ont partiellement porté leurs fruits, vu que l'on observe 77,5% de délais de livraison indiqués en 2020 versus 67,4% en 2019.

Type d'aide technique	Commandes 2020 sans délai de livraison	% du total des commandes sans délai
Barres d'appui fixes	164	44,8%
Filtres de lumière (filtres absorbants)	26	7,1%
Boîtes de vitesses automatiques et embrayages semi-automatiques	16	4,4%
Contrôle technique des adaptations pour la 1ière mise en service de la voiture	15	4,1%
Barres d'appui relevables	15	4,1%
Dispositifs d'ouverture et de fermeture des portes, à l'exception des portes de garage	11	3,0%
Systèmes d'arrimage de fauteuils roulants à 4 points	10	2,7%
Sommiers détachables avec réglage motorisé	8	2,2%
Appui-têtes fixés à la carrosserie	7	1,9%
Mains courantes	7	1,9%

Tableau 49 : Top 10 des aides techniques sans indication d'un délai de livraison

Près de la moitié (48,9%) des commandes d'aides techniques sans délai de livraison concerne les barres d'appui (fixes et relevables). Or, ces aides techniques sont accordées dans le cadre d'une adaptation du logement par l'assurance dépendance et la commande se fait auprès de la société qui est en charge des travaux d'aménagement, lorsque le chantier est prêt pour leur installation. L'indication d'un délai de livraison n'est pas obligatoire pour ces commandes, comme les dossiers sont suivis de près par l'ADAPTH.

1.2.3 Respect du délai de livraison

En 2020, les délais de livraisons ont été respectés pour 520 commandes d'aides techniques (32%) effectuées auprès d'un fournisseur autre que le SMA. Pour 741 commandes (45,5%), le fournisseur n'a pas tenu son engagement.

Type d'aide technique	Respecté 2019	Respecté 2020	Variation
Systèmes vidéo agrandissant l'image, système pour lire textes et images	51,2%	76,7%	49,7%
Loupes électroniques transportables	50,9%	67,5%	32,6%
Barres d'appui fixes	1,0%	66,7%	6566,7%
Aides électroniques pour s'orienter	42,9%	63,0%	46,9%
Adaptation de sièges et/ou dossiers	25,9%	56,0%	116,2%
Contrôle technique des adaptations pour la 1ière mise en service de la voiture	27,6%	47,1%	70,5%
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	39,1%	37,2%	-5,0%
Adaptations de fauteuils roulants	25,9%	35,5%	37,0%
Filtres de lumière (filtres absorbants)	28,6%	24,0%	-16,0%
Fauteuils roulants actifs pliables	18,2%	20,0%	9,9%

Tableau 50 : Respect du délai de livraison pour le Top 10 des aides techniques livrés par les autres fournisseurs - Tableau comparatif 2019/2020

On constate qu'en 2020, les délais de livraison ont pu être respectés en grande partie pour les aides optiques classiques telles que les systèmes vidéo agrandissant l'image, les loupes électroniques transportables et les montres et réveils pour personnes malvoyantes ou aveugles.

Par rapport à 2019, on constate une amélioration du respect du délai de livraison pour le Top 10 des aides techniques livrées par les autres fournisseurs, à l'exception des élévateurs d'escaliers et des filtres de lumière.

Fournisseur	Livraisons 2020 avec délai respecté	Total des livraisons 2020 par fournisseur	% délai respecté/livraisons fournisseur
Fournisseur 8	48	50	96,0%
Fournisseur 2	148	233	63,5%
Fournisseur 6	37	68	54,4%
Fournisseur 9	12	29	41,4%
Fournisseur 7	22	55	40,0%
Fournisseur 10	11	28	39,3%
Fournisseur 1	109	328	33,2%
Fournisseur 3	45	149	30,2%
Fournisseur 4	23	80	28,8%
Fournisseur 5	18	74	24,3%

Tableau 51 : Respect du délai de livraison, par fournisseur, pour le Top 10 des autres fournisseurs

Une analyse du Top 10 des autres fournisseurs montre qu'un seul fournisseur a respecté le délai de livraison pour la quasi-totalité des commandes reçues. Il est à relever également qu'un autre fournisseur a pu assurer la livraison dans le délai prévu pour 63,5% des commandes, malgré une volumétrie de livraisons importante.

1.2.4 Conclusions concernant les délais de livraison des autres fournisseurs - 2020

En 2020, près de deux tiers des aides techniques commandées auprès des fournisseurs autres que le SMA, ont été livrées endéans deux mois. La part d'aides techniques avec un délai de livraison supérieur à trois mois a cependant augmenté par rapport à 2019, avec notamment un nombre plus élevé de livraisons effectuées après plus de 5 mois.

Les délais de livraison des aides techniques ont été respectés par les fournisseurs pour un tiers des commandes.

Les mesures correctives prises par l'AEC afin d'assurer qu'un délai de livraison soit référencé dans la base de données des commandes d'aides techniques n'ont été que partiellement efficaces et devront être revues.

2. Délais de livraison en 2021 – premiers résultats

Afin de suivre l'incidence de la pandémie sur les délais de livraison des aides techniques, les premières données de 2021 ont été analysées par l'AEC et seront brièvement présentées ci-dessous.

2.1 Les délais de livraison du Service Moyens Accessoires (SMA) - 2021

En 2021, le nombre d'aides techniques à livrer par le SMA a nettement augmenté par rapport aux deux années précédentes. Il est à noter que 13% des commandes n'ont pas encore été livrées au 01.01.2022.

Aides techniques à livrer par le SMA	**2019**	**2020**	**2021**
Commandes **livrées** au 01.01.20/01.01.21/01.01.22	5962	6328	6370
Commandes **non livrées** au 01.01.20/01.01.21/01.01.22	541	351	954
Total	**6503**	**6679**	**7324**

Tableau 52 : Aides techniques à livrer par le SMA - Tableau comparatif 2019 à 2021

Alors qu'en 2020 le SMA avait pu réduire les délais pour la très grande majorité des aides techniques livrées, les délais ont fortement augmenté en 2021.

Délais de livraison prévus (jours ouvrables)	**Délai de livraison moyen 2019**	**Délai de livraison moyen 2020**	**Variation 2019/20**	**Délai de livraison moyen 2021**	**Variation 2020/21**	**Variation 2019/21**
Délai de livraison prévu **10 j.**	12,1	11	-9,1%	16,1	46,4%	33,1%
Délai de livraison prévu **15 j.**	12	7,3	-39,2%	13,3	82,2%	10,8%
Délai de livraison prévu **20 j.**	28	28,1	0,4%	33,1	17,8%	18,2%
Délai de livraison spécifique modèles hors standards **(10 à 30 j.)**	8,5	7,2	-15,3%	13,4	86,1%	57,6%
Délai de livraison moyen annuel	**15,2**	**13,4**	**-15,8%**	**19,0**	**58,1%**	**29,9%**

Tableau 53 : Délais de livraison moyens des aides techniques : Tableau comparatif 2019 à 2021

Le délai de livraison a pu être respecté uniquement pour la livraison des aides techniques avec un délai prévu de 15 jours (il s'agit essentiellement des lève-personnes). Cependant, le délai de livraison s'est rallongé de 6 jours par rapport à 2020.

Le plus grand écart par rapport aux délais définis dans l'annexe à la convention entre le SMA et la CNS se remarque pour les aides techniques à livrer endéans 20 jours. Il s'agit en majeure partie d'aides techniques pour lesquelles un essai doit être réalisé avant la mise à disposition définitive ou qui nécessitent une configuration personnalisée adaptée aux besoins du demandeur. La livraison de ces aides techniques a été influencée négativement de façon importante par la pandémie et a eu lieu en moyenne seulement 33 jours après la commande.

De façon générale, il conviendra de noter que le délai de livraison moyen annuel pour les aides techniques livrées par le SMA a augmenté de 5,6 jours par rapport à 2020. Ce délai devra encore être ajusté à la hausse, au vu du nombre important de commandes qui n'ont pas encore été livrées au 01.01.2022.

Force est de constater que la très bonne évolution de 2020 ne se poursuit pas et que les délais de livraison du SMA se sont considérablement rallongés en 2021.

Ces retards sont dus en partie aux restrictions liées à la pandémie et aux conditions sanitaires difficiles, mais surtout aussi à la pénurie du matériel et aux délais importants pour la fabrication des aides techniques par les producteurs.

Il sera donc d'autant plus important dans les mois à venir que le SMA mette l'accent sur la récupération et la remise en état des aides techniques qui ne sont plus utilisées par leurs bénéficiaires – principe de base du système de prêt d'aides techniques par l'assurance dépendance.

2.2 Les délais de livraison des autres fournisseurs - 2021

Alors que le nombre d'aides techniques commandées auprès des fournisseurs autres que le SMA avait diminué en 2020, une augmentation de ces commandes est observée en 2021. Plus d'un quart de ces commandes (27%) n'ont pas encore été livrées au 01.01.2022.

Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs	**2019**	**2020**	**2021**
Commandes **livrées** au 01.01.20/01.01.21/01.01.22	1849	1627	1851
Commandes **non livrées** au 01.01.20/01.01.21/01.01.22	502	536	691
Total	**2351**	**2163**	**2542**

Tableau 54 : Aides techniques à livrer par les autres fournisseurs : Tableau comparatif 2019 à 2021

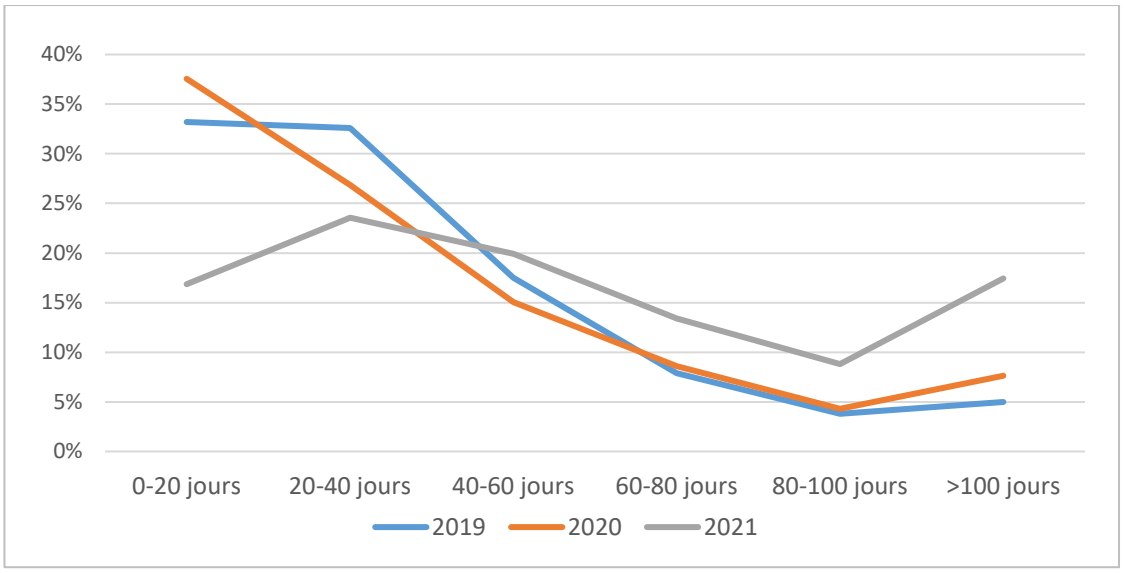
En 2021, la part des aides techniques qui ont été livrées rapidement par un fournisseur autre que le SMA a diminué de façon importante : Seul 16,9% de ces aides techniques ont été livrées endéans un mois. Pour 59,6 % de ces aides techniques, le délai de livraison a été plus long que deux mois, dépassant pour 17,5 % les cents jours pour la livraison.

Délais de livraison (jours ouvrables)	**Livraisons 2020**	**% du total des livraisons 2020**	**Livraisons 2021**	**% du total des livraisons 2021**	**Variation % du total des livraisons**
0-20 jours	611	37,6%	312	16,9%	-55,1%
20-40 jours	437	26,9%	436	23,6%	-12,3%
40-60 jours	245	15,1%	369	19,9%	32,4%
60-80 jours	140	8,6%	248	13,4%	55,7%
80-100 jours	70	4,3%	163	8,8%	104,7%
>100 jours	124	7,6%	323	17,5%	129,0%

Tableau 55 : Délai de livraisons et part du total des livraisons : Tableau comparatif 2020/2021

Par rapport aux données des deux années précédentes, la part d'aides techniques délivrées tardivement à très tardivement, déjà plus importante en 2020 par rapport à 2019, a encore sensiblement augmenté en 2021.

64,5% des aides techniques hors standards ont été livrées endéans les deux mois en 2020, contre 40,5% en 2021.



Graphique 86 : Comparaison des délais de livraison des autres fournisseurs - Comparatif 2019 à 2021

Force est de constater que les retards de livraison des produits observés à l'échelle mondiale affectent aussi la livraison de ces aides technique mises à disposition par les fournisseurs autres que le SMA.

3. Conclusion concernant les délais de livraison des aides techniques de 2019 à 2021

La très grande majorité des aides techniques standards qui sont livrées en volumétrie importante par le SMA ont pu être fournies rapidement et avec un délai de livraison plus court en 2020 qu'en 2019. Cependant, la très bonne évolution de 2020 ne s'est pas confirmée en 2021. Au contraire, les délais de livraison du SMA se sont considérablement rallongés en 2021.

Le même type de conclusion s'applique aux délais de livraison des aides techniques acquises auprès des autres fournisseurs. S'il est normal que ces délais soient plus élevés que ceux des aides techniques standards fournies par le SMA, étant donné qu'il s'agit, pour la plupart d'aides techniques spécifiquement adaptées aux besoins du bénéficiaire, ils ont sensiblement augmenté en 2021.

Les conditions sanitaires et les contraintes liées à la pandémie ont eu un impact non négligeable dans la mise à disposition des aides techniques.

Les difficultés d'approvisionnement au niveau mondial de différents produits manufacturés et autres pièces ont une influence directe sur la construction du matériel et la mise à disposition des pièces de rechange.

De plus, l'impossibilité de réaliser des essais à domicile ou en établissement, ou bien les reports liés à l'indisponibilité des bénéficiaires ou du personnel qui ont rallongé les mises à disposition de certaines aides techniques, ont allongé les délais, même si, grâce à la mobilisation des prestataires, du SMA et des collaborateurs de l'AEC des solutions alternatives ont toujours été recherchées et mises en œuvre. Il s'agira donc de rester flexible sur les solutions à apporter et de trouver le cas échéant des nouvelles chaînes d'approvisionnement.

4. Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé

Les élévateurs d'escaliers constituent le poste le plus cher des aides techniques acquises pour le compte de l'assurance dépendance auprès des fournisseurs autres que le SMA.

L'AEC accorde une attention particulière au suivi de ces installations et notamment à la réalisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé[46].

4.1 Historique

Une première analyse réalisée par l'AEC en mai 2019 avait permis de conclure que la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé était réalisée pour moins d'un quart des installations et que les délais pour cette réception technique étaient très élevés. Or, la procédure[47] à respecter par les fournisseurs qui introduisent une offre de prix pour l'installation d'un élévateur d'escalier précise que l'organisation de la réception technique incombe au fournisseur et doit avoir lieu dans les jours qui suivent l'installation.

Face à ces constats, des entretiens individuels avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers ont eu lieu en automne 2019, afin de préciser les attentes de l'AEC. Le premier rapport biennal a conclu que des efforts considérables ont par la suite été faits par les fournisseurs pour régulariser leur situation.

4.2 Évolution 2020 – 2021

Avec la survenue de la pandémie et le confinement au printemps 2020, les organismes de contrôle agréés ont diminué, voire arrêté leurs visites au domicile des bénéficiaires et l'organisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers est devenue très difficile, sans que les fournisseurs ne puissent en être tenus pour responsables.

En mai 2021, avec l'amélioration de la situation sanitaire, un retour à la normale s'est imposé et l'AEC a rappelé les obligations à respecter aux fournisseurs d'élévateurs d'escaliers.

4.3 Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés en 2020

En 2020, 382 élévateurs d'escaliers ont été installés dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance dépendance. Lors de l'analyse des données[48], 96,3% de ces élévateurs d'escaliers ont été réceptionnés par un organisme de contrôle agréé. Pour 15 élévateurs d'escaliers la réception technique n'avait pas encore eu lieu. Viennent s'y ajouter 6 installations pour lesquelles le bénéficiaire est décédé et pour lesquelles une réception technique n'était plus indiquée.

---

[46] L'article 13.1 des prescriptions de sécurité types ITM –SST 1242.1 pour « Appareils élévateurs à plateforme ou à chaise pour personnes avec marquage « CE » » détermine que : *« L'appareil doit être contrôlé par un organisme de contrôle avant la mise en service (…) ».*

[47] Cette procédure, de même que le formulaire à remplir par le fournisseur pour l'introduction d'une offre de prix sont consultables sur le **site internet d'appels d'offres pour aides techniques** de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance www.secu.lu/ad/at.htm.

[48] L'analyse se base sur une extraction des données du DWH de l'AEC de janvier 2022.

Fournisseur	Installations	Réceptionnées	% des installations par fournisseur
Fournisseur 1	94	84	89,4%
Fournisseur 2	88	88	100%
Fournisseur 3	66	66	100%
Fournisseur 4	63	62	98,4%
Fournisseur 5	45	44	97,8%
Fournisseur 6	20	17	85,0%
Fournisseur 7	5	5	100%
Fournisseur 8	1	1	100%

Tableau 56 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur, en 2020

La durée médiane pour la réalisation de la réception technique a été de 73 jours en 2020. Le délai de 28 jours à respecter pour l'introduction du rapport de conformité auprès de l'AEC a donc été largement dépassé par les fournisseurs, ce qui est dû en majeure partie à la situation sanitaire complexe.

Alors que la très grande majorité des élévateurs d'escaliers installés en 2020 ont été réceptionnés, il est inquiétant de constater que 15 élévateurs d'escaliers n'étaient pas encore été contrôlés en janvier 2022.

L'AEC procédera à court terme à une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de ces installations, afin de s'assurer qu'ils ne rencontrent pas de problèmes fonctionnels ou techniques avec leur élévateur d'escalier. Par ailleurs, les élévateurs d'escaliers non-réceptionnés seront signalés à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance[49].

4.4 Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés en 2021

4.4.1 Premier semestre 2021

Au premier semestre 2021, 243 élévateurs d'escaliers ont été installés dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance dépendance. Lors de l'analyse des données, 88,5% de ces élévateurs d'escaliers ont été réceptionnés par un organisme de contrôle agréé. Pour 28 élévateurs d'escaliers la réception technique n'avait pas encore eu lieu. Viennent s'ajouter 7 installations pour lesquelles le bénéficiaire est décédé et pour lesquelles une réception technique n'était plus nécessaire.

Fournisseur	Installations	Réceptionnées	% des installations par fournisseur
Fournisseur 2	66	64	97,0%
Fournisseur 1	58	39	67,2%
Fournisseur 4	55	53	96,4%
Fournisseur 3	34	34	100%
Fournisseur 6	18	14	77,8%
Fournisseur 5	6	5	83,3%
Fournisseur 7	6	6	100%

Tableau 57 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur (1er semestre 2021)

La durée médiane pour la réalisation de la réception technique s'est encore allongée par rapport à 2020 et a été de 86 jours.

[49] Art. 5 du Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance : *« L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance vérifie les engagements pris par les fournisseurs dans les contrats qu'ils concluent avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance. Elle communique à cet organisme tout écart injustifié qu'elle constate entre les engagements pris et les aides techniques fournies. »*

Les 28 élévateurs d'escaliers qui n'ont pas encore réceptionnés seront signalés à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et leur bonne fonctionnalité sera vérifiée par une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires de ces installations.

4.4.2 Deuxième semestre 2021

Au deuxième semestre 2021, 194 élévateurs d'escaliers ont été installés dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance dépendance. Lors de l'analyse des données, 79,9% de ces élévateurs d'escaliers ont été réceptionnés par un organisme de contrôle agréé. Pour 39 élévateurs d'escaliers la réception technique n'avait pas encore eu lieu.

Fournisseur	Installations	Réceptionnées	% des installations par fournisseur
Fournisseur 3	45	44	97,8%
Fournisseur 2	44	35	79,5%
Fournisseur 1	37	28	75,7%
Fournisseur 4	34	27	79,4%
Fournisseur 6	18	11	61,1%
Fournisseur 5	11	5	45,5%
Fournisseur 7	4	4	100%
Fournisseur 9	1	1	100%

Tableau 58 : Pourcentage des installations réceptionnées, par fournisseur (2ième semestre 2021)

La durée médiane pour la réalisation des réceptions techniques a été de 23 jours et s'est très nettement améliorée par rapport aux installations de 2020 et du premier semestre 2021.

Les données relatives aux réceptions techniques du deuxième semestre 2021 sont à considérer avec prudence, car bon nombre des installations de novembre et surtout de décembre 2021 ne seront contrôlées qu'après échéance de cette analyse de janvier 2022.

Néanmoins, il est important de souligner que l'amélioration de la situation sanitaire en été, de même que la lettre circulaire envoyée aux fournisseurs d'élévateurs d'escaliers en mai 2021 par l'AEC pour leur rappeler les obligations à respecter ont eu un impact positif.

5. Réceptions techniques des élévateurs d'escaliers installés: comparaison 2020/2021

Fournisseur	Total Installations 2020-2021	Réceptionnées 2020	Réceptionnées 1ier semestre 2021	Réceptionnées 2ième semestre 2021	Réceptionnées en moyenne
Fournisseur 7	15	100%	100%	100%	100%
Fournisseur 8	1	100%	/	/	100%
Fournisseur 9	1	/	/	100%	100%
Fournisseur 3	145	100%	100%	97,8%	99,3%
Fournisseur 2	198	100%	97,0%	79,5%	92,2%
Fournisseur 4	152	98,4%	96,4%	79,4%	91,4%
Fournisseur 1	189	89,4%	67,2%	75,7%	77,4%
Fournisseur 5	62	97,8%	83,3%	45,5%	75,5%
Fournisseur 6	56	85,0%	77,8%	61,1%	74,6%

Tableau 59 : Evolution des réceptions techniques, par fournisseur, sur 2 années (2020-2021)

Les fournisseurs qui ont réceptionné tous leurs élévateurs d'escaliers sont essentiellement des « petits » fournisseurs, à l'exception du fournisseur 3 qui, malgré une volumétrie importante d'installations, a pu

organiser le contrôle technique de 99,3% de ses élévateurs d'escaliers.

Le fournisseur qui a installé le plus grand nombre d'élévateurs d'escaliers pendant les deux années analysés (le fournisseur 2) a réceptionné 92,2% de ses installations, taux qui peut encore s'améliorer étant donné que les installations non-réceptionnées datent essentiellement du deuxième semestre 2021.

En revanche, le deuxième plus grand fournisseur (le fournisseur 1) n'a réalisé que 77,4% de réceptions, avec un taux très bas pour les installations du premier semestre 2021. Un suivi rapproché de ce fournisseur, de même que des fournisseurs 5 et 6 devra être réalisé par l'AEC en 2022 et le cas échéant, des mesures correctives seront prises.

6. Conclusions

Le suivi des élévateurs d'escaliers par l'AEC a été formalisé et mis en application avec les fournisseurs à l'automne 2019. Après des premiers résultats très encourageants, la survenue de la pandémie a conduit l'AEC à prendre en compte ce facteur dans le contrôle des obligations à respecter par les fournisseurs. De fait, pendant une très large période de 2020 et le premier semestre 2021, les organismes de contrôle n'ont réalisé les réceptions techniques qu'au compte-gouttes et le délai de 28 jours fixé par l'AEC pour la réalisation du contrôle technique ne pouvait pas être respecté par les fournisseurs.

Au vu des délais nécessaires pour l'émission de l'autorisation d'exploitation d'un élévateur d'escalier par l'ITM[50], qui est indispensable pour la réalisation de la réception technique et de la situation sanitaire toujours complexe, l'AEC a porté le délai pour l'introduction du rapport de conformité à 56 jours pour le premier semestre 2022.

Il est à espérer que la situation sanitaire se stabilise et permette de garder une continuité dans les obligations à respecter par les fournisseurs. Rappelons que l'objectif primaire du suivi spécifique des élévateurs d'escaliers par l'AEC est d'assurer que chaque élévateur d'escalier pris en charge par l'assurance dépendance est réceptionné par un organisme de contrôle agréé et ce dans les meilleurs délais, afin d'assurer une utilisation en toute sécurité aux bénéficiaires. De plus, cette date de réception est utilisée afin de calculer le délai d'habitation (cf partie II.3.4 « Remarque : Durée de résidence dans un logement équipé d'un élévateur d'escalier », à la page 137).

[50] Lors d'une entrevue entre l'AEC et l'ITM en octobre 2021, l'ITM a confirmé un délai moyen de 50 jours pour l'émission de l'autorisation d'exploitation d'un élévateur d'escalier.

IV. COLLABORATION AVEC LES FOURNISSEURS D'AIDES TECHNIQUES ET SPÉCIFICATION DES PRESTATIONS À FOURNIR

1. Le Service Moyens Accessoires (SMA)

Des réunions et contacts réguliers ont lieu avec le SMA, fournisseur principal des aides techniques standards de l'assurance dépendance. Les objectifs principaux des échanges consistent à :

- affiner et mettre à jour les démarches pour la mise à disposition des aides techniques par le SMA ;
  L'application des décisions communes par tous les agents du SMA et de l'AEC est essentielle afin d'assurer l'homogénéité du traitement des demandes et de la fourniture des aides techniques par le SMA. En 2021, l'AEC a ainsi créé un espace professionnel commun, partagé, permettant la gestion et la consultation des procédures et des documents élaborés par le SMA et l'AEC.
- analyser et déterminer les *modèles d'aides techniques standards à acquérir et à fournir* par le SMA.
  En effet, il existe de nombreux modèles et marques d'aides techniques standards différents sur le marché. Un groupe de travail spécifique composé de techniciens du SMA et d'experts de l'AEC a débuté ses travaux en 2021. Il analyse les caractéristiques des modèles d'aides techniques standards actuellement mis à disposition par le SMA et compare leurs avantages et inconvénients par rapport à d'autres modèles commercialisés. L'objectif recherché par le groupe de travail est de repérer des modèles d'aides techniques standards plus universels et de bonne qualité, qui couvrent les besoins de la grande majorité des demandeurs. Un stock de modèles d'aides techniques standards très disparates impose une gestion complexe des pièces de rechange au SMA et n'est économiquement pas pertinent. Le groupe de travail continuera son analyse en 2022 et les résultats seront pris en compte pour l'exécution des contrats-cadres annuels du SMA avec les différents fournisseurs.

2. Les autres fournisseurs

Lorsqu'une aide technique ne peut pas être mise à disposition par le SMA, elle doit être acquise auprès d'un autre fournisseur. Les prestations que ces fournisseurs doivent assurer sont précisées au niveau de procédures et de masques de saisie spécifiques pour la soumission d'une offre de prix dans le cadre de l'assurance dépendance.

Par le biais d'échanges individuels avec les fournisseurs, l'AEC clarifie et précise ses attentes par rapport aux prestations à apporter. Le cas échéant, les procédures et masques de saisie en vigueur pour la soumission d'une offre de prix doivent être révisés.

Les premières rencontres individuelles ont eu lieu en automne 2019 avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers et les résultats de ces entretiens ont été décrits dans le rapport biennal de 2020.

En 2021, l'AEC s'est investie intensément dans le sujet des *coques et corsets-sièges*. Ces aides techniques très particulières diffèrent de la majorité des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance en raison de leur confection sur mesure.

Les coques et corsets-sièges sont des aides techniques de positionnement, indiquées en cas de déficiences de la statique et conçues individuellement pour soutenir la personne et lui assurer une position assise correcte. Les objectifs recherchés consistent à fournir une bonne stabilité et un confort optimisé, afin de faciliter l'interaction de la personne avec son environnement. Par ailleurs, ces aides au positionnement visent une amélioration des fonctions respiratoires et digestives et préviennent l'apparition de déformations et d'escarres.

En 2020, une centaine de coques/corsets-sièges et d'adaptations de coques/corsets-sièges a été prise en charge par l'assurance dépendance, engendrant des dépenses de près de 500.000 €.

Alors que ces aides techniques sont requises pour une minorité de bénéficiaires, la gestion de ces demandes s'avère complexe pour l'AEC. En effet, ce matériel est confectionné sur mesure et chaque fournisseur travaille selon sa propre technique qui varie selon le pays où le fournisseur a été formé.[51]

Les offres de prix varient fortement en fonction du fournisseur et du type de coque/corset-siège à réaliser. Comme la proposition de marché-type pour aides techniques par l'assurance dépendance ne convient pas pour les coques et corsets-sièges, les offres de prix sont plus ou moins détaillées et non-homogènes, ce qui rend leur analyse difficile.

Les détails pour la confection de la coque/du corset-siège sont retenus généralement lors d'une entrevue commune avec le bénéficiaire et ses proches, le(s) thérapeute(s) traitant(s), le cas échéant le médecin prescripteur, le fournisseur et le référent de l'AEC. Cependant, il n'existe actuellement pas de document commun validant les caractéristiques de la coque/ du corset-siège retenues lors de cette entrevue, ce qui peut entraîner des désaccords lorsque l'aide technique est prête pour l'essai.

Face à ces constats, un *plan d'action* a été mis en place par l'AEC :

a) des *entrevues* avec les fournisseurs de coques/corsets-sièges ont eu lieu au premier semestre 2021. Ces entrevues ont constitué le démarrage d'une phase de collaboration étroite entre les fournisseurs de coques/corsets-sièges et l'AEC ;
b) afin d'approfondir les techniques de fabrication propres à chaque fournisseur et d'en clarifier les indications, des *visites dans les ateliers* des différents fournisseurs ont été organisées au cours du deuxième semestre 2021 ;
c) des *personnes de référence en matière de coques/corsets-sièges* ont été formées au sein de l'AEC. Sur base de la documentation recueillie, elles élaborent un *guide métier coques/corsets-sièges* qui servira de base pour assurer la qualité et l'homogénéité du traitement des demandes pour coques/corsets-sièges à l'AEC ;

[51] Les fournisseurs qui soumettent actuellement des offres de prix pour coques/corsets-sièges dans le cadre de l'assurance dépendance ont été formés en Allemagne ou en France.

d) une *procédure* et des *formulaires-types* pour réaliser l'offre de prix pour coque ou corset-siège ont été établis. Ces documents seront intégrés au site internet d'appels d'offres pour aides techniques de l'AEC[52] ;

e) un support pour la réalisation du *cahier des charges* d'une coque/d'un corset-siège a été élaboré par l'AEC. Lors d'une entrevue commune avec l'ensemble des parties prenantes, les caractéristiques pour la confection de la coque/ du corset-siège sont déterminées et retenues dans le cahier des charges. Le cahier des charges validé ne peut pas être modifié par la suite, sans l'accord du référent du dossier de l'AEC ;

f) une *période d'essai* de la coque/du corset-siège dans les différentes situations de vie du bénéficiaire définies dans le cahier des charges doit être assurée par le fournisseur ;

g) la *réception définitive* de la coque/ du corset-siège par le référent du dossier de l'AEC est de rigueur avant la liquidation de la facture.

L'application de la nouvelle démarche est prévue pour le deuxième semestre 2022.

3. Conclusions

La collaboration rapprochée avec les fournisseurs d'aides techniques est essentielle afin de pouvoir assurer des prestations de qualité aux bénéficiaires.

En ce qui concerne le SMA, fournisseur principal des aides techniques standards de l'assurance dépendance, de grands efforts ont été faits afin de préciser les procédures régissant la mise à disposition des aides techniques. Par ailleurs, des travaux d'analyse ont été entamés pour parfaire le stock d'aides techniques standards du SMA dans le sens d'une plus grande universalité et d'une réponse plus adaptée aux différents contextes architecturaux et besoins individuels rencontrés.

Les échanges avec les fournisseurs de coques et corsets-sièges ont été initiés par l'AEC suite à des difficultés rencontrées par le Service évaluation et détermination pour la prise en charge de ces aides techniques très particulières. Un plan d'action a été mis au point afin d'affiner la démarche pour la prise en charge d'une coque ou d'un corset-siège, la précision des techniques de fabrication propres à chaque fournisseur et la spécification des prestations à apporter par les fournisseurs.

[52] Site internet d'appels d'offres pour aides techniques de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance : www.secu.lu/ad/at.htm

V. CONCLUSION : SUIVI EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES

Cette partie consacrée aux aides techniques a permis de montrer l'importance de l'utilisation de différents moyens et méthodes pour suivre les engagements des fournisseurs et améliorer les conditions de mises à disposition et de suivi.

Grâce tout d'abord aux enquêtes de satisfaction, l'AEC dispose d'un retour direct de la part des bénéficiaires d'aides techniques.

L'enquête de satisfaction menée en juillet 2021 auprès des utilisateurs de chaises de douche (une majorité de femmes, moyenne d'âge de 75 ans) a montré une satisfaction globale importante des utilisateurs qui estiment que cette chaise de douche est facile d'utilisation (80%), qu'elle a été mise à disposition rapidement (80%), qu'elle répond à leurs besoins (86%), même si une part importante de ces chaises ont été mises à disposition par le biais de la « Helpline aides techniques » sans vérification sur place par l'AEC et, enfin, qu'elle a apporté des changements positifs dans leur quotidien (également 80%). Si le type de mise à disposition, à savoir livraison au domicile du bénéficiaire ou retrait direct auprès du SMA, n'affecte pas la satisfaction des utilisateurs, il conviendra cependant de s'assurer que les consignes d'utilisation et de sécurité soient bien rappelées lorsque la chaise de douche est récupérée directement au SMA.

Les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs fut également riche d'enseignements.

Les bénéficiaires de cette aide technique spécifique, plutôt jeunes (notamment les bénéficiaires de fauteuils roulants actifs à cadre fixe) avec une prévalence masculine marquée, indiquent une satisfaction quasi générale *vis-à-vis de la manière dont l'AEC les a accompagnés* pour la fourniture de leur matériel, notamment grâce à leur implication dans ce processus.

L'enquête a en effet confirmé que la grande majorité d'entre eux (80%) avaient une idée précise du modèle de fauteuil roulant actif souhaité, avec plus de 2/3 des utilisateurs qui avaient déjà testé différents modèles avant l'introduction de leur demande auprès de l'assurance dépendance. C'est pourquoi la *détermination du modèle* de fauteuil roulant actif et des accessoires requis devra davantage être précisée. Ce point fera partie des axes à améliorer, étant donné qu'un peu plus de la moitié seulement des bénéficiaires (56,8%) considèrent que le fauteuil roulant fourni répond tout à fait à leurs besoins. Les besoins sont donc bien identifiés et discutés avec les bénéficiaires, mais la « traduction en produit final » (c.-à-d. le fauteuil roulant actif et ses accessoires) est alors perfectible. Malgré tout, la très grande majorité des bénéficiaires (86,5%) estiment que le fauteuil roulant actif a eu un *impact positif sur leur vie journalière*. Il facilite notamment leurs déplacements, augmente leur autonomie, simplifie la tâche de la personne aidante et est aisé à transporter en voiture.

Ces deux enquêtes renforcent l'AEC dans certains modus operandi, mais ont permis aussi de détecter des pistes d'amélioration qui pourront être mises en œuvre avec les différents fournisseurs.

Ce point a d'ailleurs été décrit dans la troisième partie consacrée aux enquêtes de satisfaction.

En effet, l'AEC est revenue sur les actions qui ont découlé de l'enquête de satisfaction qui avait été réalisée en 2020 auprès des bénéficiaires de lève-personnes et dont les résultats ont été présentés dans le premier rapport biennal.

Cette enquête avait mis en évidence certains éléments problématiques, et il était important que l'AEC détaille le travail effectué tant en interne qu'avec le SMA concernant les supports méthodologiques et démarches relatives à la mise à disposition du lève-personne, la formation de la personne de référence et le recours systématique à une réception technique par un organisme de contrôle agréé.

Autre moyen de suivi, l'analyse des données à disposition, notamment en matière de respect des délais de livraison, a permis de dresser des constats qui seront mis en pratique ou qui ont déjà conduit l'AEC à s'adapter et accompagner les fournisseurs dans leur recherche d'amélioration de leurs prestations.

Le deuxième chapitre de ce volet « Suivi de la qualité des aides techniques » a abordé en détail les résultats liés au respect des délais de livraison, en faisant la différence entre le SMA et les autres fournisseurs.

Les analyses ont montré que la très grande majorité des aides techniques standards qui sont livrées en volumétrie importante par le SMA ont pu être fournies rapidement et avec un délai de livraison plus court en 2020 qu'en 2019.

Les aides techniques de première nécessité, comme les lits avec réglage motorisé, les matelas alternating et les chaises percées, ont été livrées par le SMA dans les délais prévus à l'annexe de la convention entre le SMA et la CNS.

Pour les autres aides techniques à livrer en grande volumétrie par le SMA, telles que les chaises de douche, les sièges de bain électriques et les surélévateurs de WC, un léger écart par rapport au délai de livraison prévu est observé, qui ne dépasse toutefois pas les trois jours. De façon générale et malgré les circonstances particulièrement difficiles de 2020, le SMA a pu diminuer le délai de livraison par rapport à 2019 pour la très grande majorité des aides techniques à fournir.

Cependant, la très bonne évolution de 2020 ne s'est pas confirmée en 2021. Au contraire, les délais de livraison du SMA se sont considérablement rallongés en 2021.

Quant aux aides techniques commandées auprès des fournisseurs autres que le SMA, la part d'aides techniques délivrées tardivement à très tardivement, déjà plus importante en 2020 par rapport à 2019, a encore sensiblement augmenté en 2021. Seulement 40% de ces aides techniques hors standards ont pu être livrées endéans les deux mois en 2021, contre près de 65% en 2020, ceci témoignant d'une dégradation du service aux bénéficiaires.

Concernant les élévateurs d'escaliers, force est de constater que la même tendance s'est dessinée.

Après des premiers résultats très encourageants, la survenue de la pandémie conduit l'AEC à prendre en compte ce facteur dans les obligations à respecter par les fournisseurs, notamment par rapport au délai de réalisation du contrôle pour la validation technique.

Le suivi des élévateurs d'escalier n'est pas uniquement dédié au contrôle des délais, mais également au suivi de la satisfaction des bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers via enquêtes systématiques réalisées depuis octobre 2020 auprès des bénéficiaires. Ainsi, le matériel est utilisé quotidiennement par la très grande majorité (plus de 80%) des bénéficiaires, qui le trouvent facile d'utilisation. Les prestations à assurer par les fournisseurs lors de l'installation d'un élévateur d'escalier ont été garanties par la quasi-totalité des fournisseurs et en cas de problèmes, ceux-ci sont quasiment toujours réglés directement par le fournisseur, ne nécessitant qu'une intervention minime de l'AEC.

Enfin, le dernier chapitre a mis en évidence les autres actions d'améliorations qui nécessitent un investissement sans faille de l'AEC et la collaboration de l'ensemble des fournisseurs sur des thématiques qui ne manqueront pas d'être abordées dans le prochain rapport biennal.

Pour conclure, il ne faut pas négliger l'impact des conditions sanitaires et des contraintes liées à la pandémie dans la mise à disposition des aides techniques. En effet, les conditions sanitaires et les contraintes y relatives se sont invitées dans ce volet consacré au suivi de la qualité des aides techniques, même si, grâce à la mobilisation des prestataires, du SMA, des autres fournisseurs et des collaborateurs de l'AEC, des alternatives ou solutions ont toujours été recherchées et mises en œuvre.

C. SUIVI EN MATIERE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

C. SUIVI EN MATIERE D'ADAPTATIONS DU LOGEMENT

I. INTRODUCTION

Les missions de contrôle liées aux adaptations du logement ont été précisées dans le règlement grand-ducal précité à l'article 31, alinéa 5: *« L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou les services spécialisés prévus à l'article 386, alinéa final du Code de la sécurité sociale s'assurent de l'adéquation entre le cahier des charges et l'adaptation du logement réalisée, et procèdent à une vérification de la qualité du matériel fourni et des prestations liées. »*

Pour ce faire, l'AEC a décidé de suivre la qualité des adaptations du logement et de formaliser ce suivi à trois moments clés de l'adaptation du logement, en délégation, lorsque cela était nécessaire et pertinent, à l'ADAPTH. Les contrôles qualité, présentés dans cette partie, sont donc effectués au moment de la réception du chantier, six mois après la réception du chantier et après plusieurs années d'utilisation de l'adaptation.

Le suivi à court terme = à la réception du chantier

Afin de s'assurer que l'adaptation du logement correspond aux besoins spécifiques du bénéficiaire ainsi qu'aux caractéristiques techniques définies dans le cahier des charges, l'ADAPTH vérifie, lors de la réception de chantier, l'adéquation de l'aménagement aux exigences établies. Si ce n'est pas le cas, des rectifications sont apportées par la société de construction avant le paiement de la facture finale.

Ce contrôle de la qualité des prestations est réalisé depuis les débuts de l'assurance dépendance, sans que, toutefois, les données recensées lors de la réception du chantier n'aient été exploitables par l'AEC. Pour y remédier, l'ADAPTH documente ces « réceptions de chantier » de façon standardisée depuis avril 2019, et est donc en mesure de dire si des problèmes ont été relevés lors de la réception du chantier et si des rectifications ont dû être apportées par la société.

Cette partie présentera les résultats de l'année 2020 ainsi qu'une comparaison avec les résultats des suivis réalisés en 2019. Une mise en évidence des actions qui ont été décidées et mises en œuvre après la première analyse du genre, présentée dans le premier rapport biennal, sera effectuée tout au long des sous-chapitres de cette partie.

Le suivi à moyen terme = utilisation d'enquêtes de satisfaction

Des enquêtes de satisfaction systématiques ont été réalisées mensuellement auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement depuis juillet 2019.

Ces enquêtes de satisfaction réalisées et analysées par l'AEC visent des objectifs multiples:

- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services fournis par l'ADAPTH. Ces données permettent à l'AEC de détecter, le cas échéant, les points faibles du déroulement actuel d'un dossier pour adaptation du logement et d'y remédier ;
- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport au travail fourni par la société choisie et au matériel installé. Ces données permettent à l'AEC de déceler le type d'équipement pour lequel il y a fréquemment insatisfaction de la part du bénéficiaire. En collaboration avec l'ADAPTH, une analyse de la qualité de ce matériel est réalisée et, le cas échéant, ce type d'équipement ne sera plus repris dans les dossiers de soumission établis par l'ADAPTH ;
- évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité fonctionnelle de l'adaptation.

Cette partie présentera les différents résultats des enquêtes menées entre janvier 2020 et juillet 2021 et permettra une comparaison des résultats avec ceux de 2019, visant une mise en évidence des changements notables entre la période considérée et les résultats présentés dans le premier rapport biennal.

Le suivi à long terme = évaluation de la longévité d'un type d'adaptation du logement

Afin de vérifier la longévité et la fonctionnalité des aménagements réalisés, l'AEC a souhaité débuter, en 2020, ce contrôle, par les adaptations de la salle de bain. Pour ce faire, l'AEC a mandaté l'ADAPTH pour le contrôle d'une trentaine d'adaptations de salles de bains.

L'ADAPTH a donc vérifié la longévité et la fonctionnalité de tous les éléments d'une salle de bains adaptée. En s'attardant sur la porte de la salle de bains, la douche de plain-pied, sur le lavabo, le WC et le carrelage ou tout autre élément constitutif de cette adaptation, l'ADAPTH montre, dans cette partie, l'impact positif de l'adaptation proposée, certains problèmes de fiabilité et de réglage de quelques équipements, mais aussi le fait que la salle de bains adaptée, à long terme, répond aux besoins évolutifs du bénéficiaire.

II. SUIVI À COURT TERME : VÉRIFICATION DE L'ADÉQUATION DES ADAPTATIONS RÉALISÉES VS. CAHIER DES CHARGES ÉLABORÉ

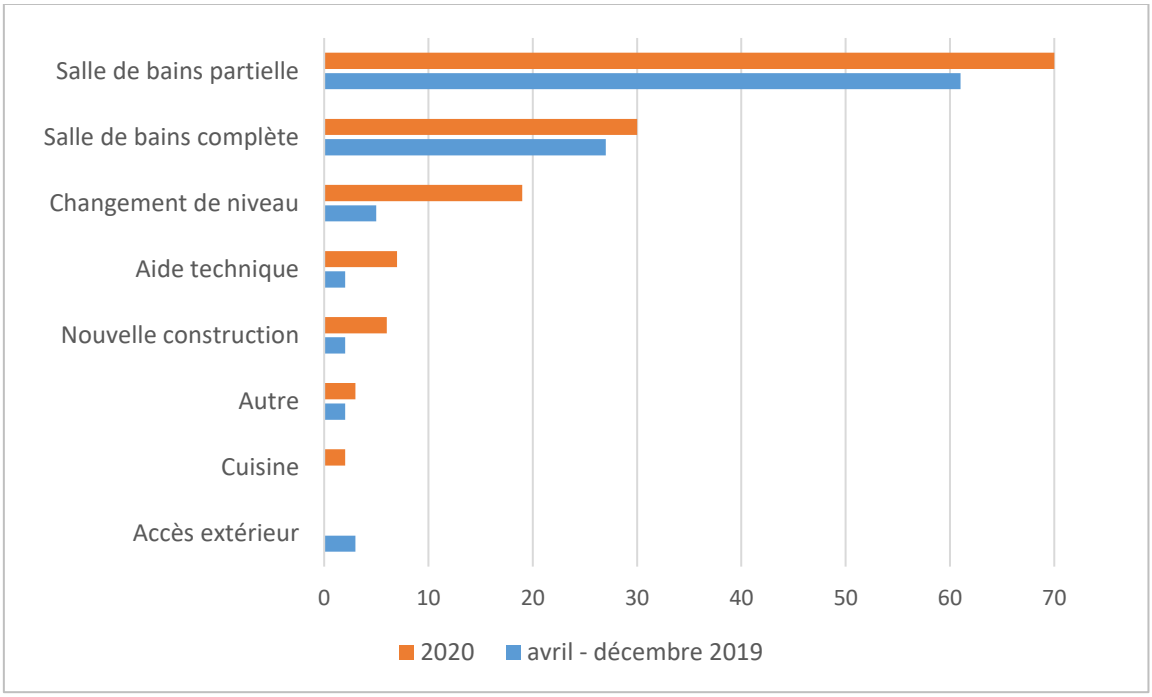
A la réception du chantier, l'ADAPTH vérifie que l'aménagement réalisé correspond aux exigences établies dans le cahier des charges. Le cas échéant, des rectifications doivent être apportées par la société avant le paiement de la facture finale.

Ce contrôle de la qualité des adaptations du logement est réalisé depuis les débuts de l'assurance dépendance, mais ce n'est que depuis avril 2019 qu'une documentation standardisée et exploitable est assurée par les experts de l'ADAPTH.

En 2020, la vérification de l'adéquation entre le cahier des charges élaboré par l'ADAPTH et l'aménagement réalisé par la société a porté sur 137 chantiers.

1. Adaptations du logement analysées

De même qu'en 2019, les chantiers réceptionnés par l'ADAPTH concernaient en grande majorité des adaptations de salles de bains (partielles ou complètes).



Graphique 87 : Comparaison des types d'adaptation réceptionnées 2019-2020

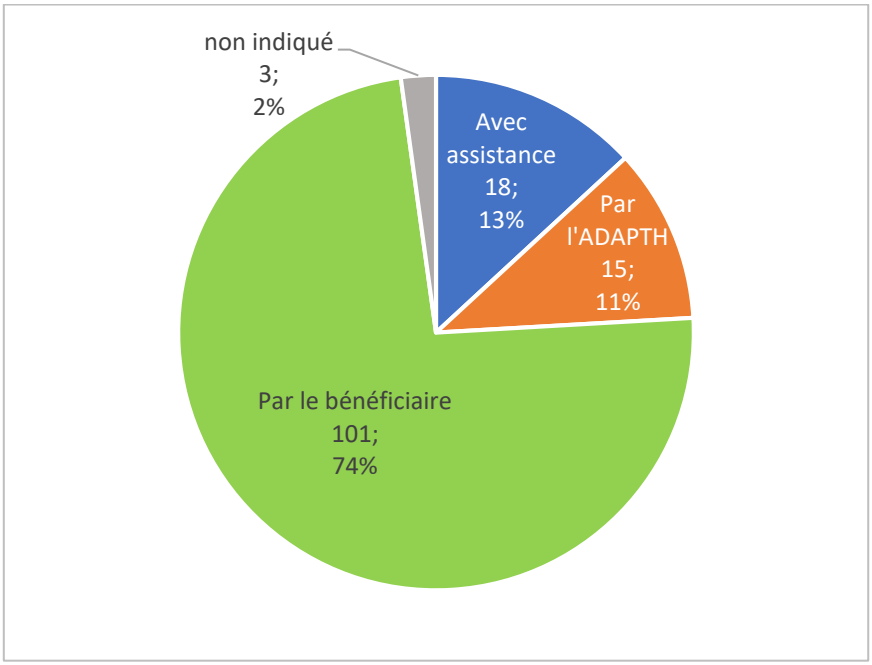
Dans 40% des dossiers analysés, le bénéficiaire a profité du chantier pour confier d'autres travaux à la société en charge de l'adaptation. Ainsi par exemple, lorsque l'assurance dépendance a pris en charge l'aménagement d'une douche de plain-pied, le bénéficiaire a fait rénover à ses propres frais les autres éléments de la salle de bains.

2. Les sociétés en charge des travaux

Le bénéficiaire est libre de choisir la société à laquelle il veut confier les travaux. L'ADAPTH peut assister le bénéficiaire dans ce choix s'il le souhaite et propose, dans ce cas, prioritairement des sociétés qui

assurent déjà des services pour le bénéficiaire (comme la maintenance de la chaudière par exemple), ou qui ont leur siège à proximité du lieu d'habitation du bénéficiaire.

L'analyse de 2019 avait conclu entre autres que l'assistance de l'ADAPTH pour aider le bénéficiaire à choisir une société n'était pas documentée de façon standardisée. Afin d'y remédier, l'ADAPTH a mis en place une procédure pour que ce choix soit le plus transparent possible. Une liste des sociétés luxembourgeoises (extrait du « Guide de la Construction » de la « Fédération des Artisans ») est transmise au bénéficiaire. L'ADAPTH a également mis en place un formulaire où le bénéficiaire peut indiquer les noms des sociétés à qui il veut demander des offres, ou bien documenter s'il désire confier ce choix à l'ADAPTH. Quand le bénéficiaire est indécis, il peut en discuter avec l'expert de l'ADAPTH lors d'une visite.



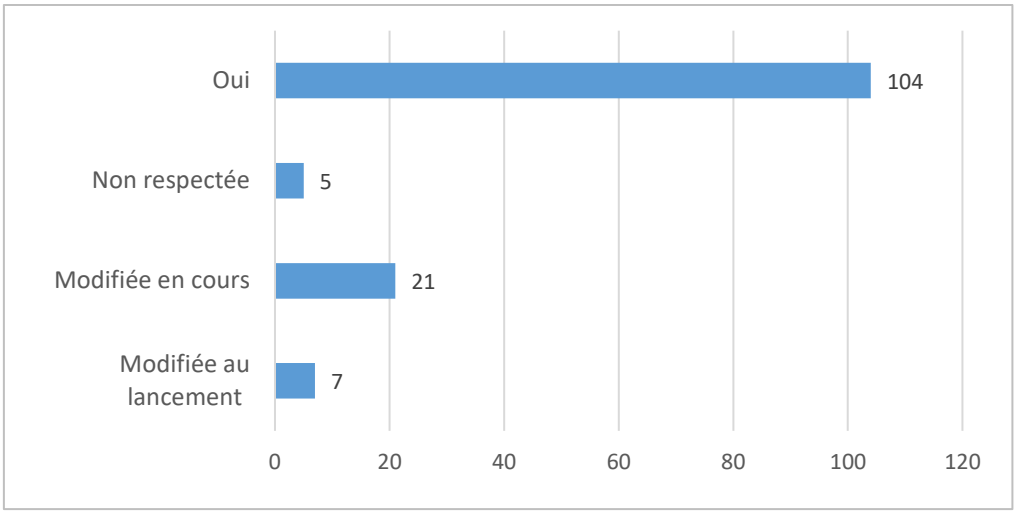
Graphique 88 : Type de solution choisie pour le choix de la société responsable des travaux

Les 137 adaptations du logement réceptionnées en 2020 ont été réalisées par 62 entreprises différentes. La prévalence marquée d'une grande société, relevée dans l'analyse de 2019, ne s'est pas confirmée.

3. Le respect de la solution élaborée dans le cahier des charges fonctionnel

L'ADAPTH élabore pour toutes les adaptations du logement une solution sur mesure, répondant au mieux aux besoins du bénéficiaire. Cette solution est décrite dans un cahier des charges fonctionnel qui doit être validé par le bénéficiaire.

Dans 76% des cas, la solution retenue dans le cahier des charges a pu être mise en place telle quelle. Des modifications du cahier des charges ont dû être apportées au démarrage ou en cours de chantier pour 20% des aménagements, ce qui était généralement dû à des imprévus techniques. Dans seulement 4% des cas, la solution n'a pas été respectée par la société, mais cela n'a pas eu de conséquences sur la fonctionnalité de l'aménagement.



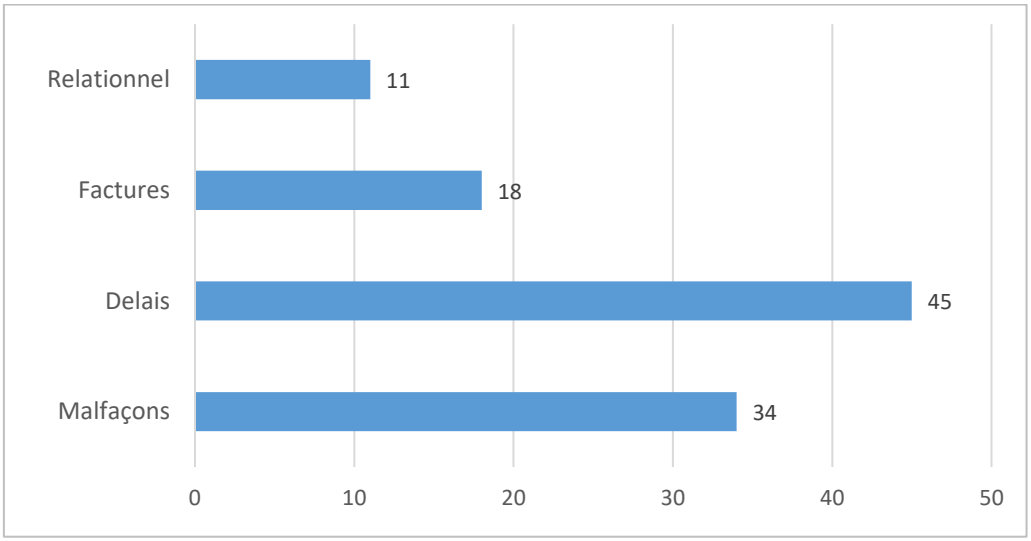
Graphique 89 : Respect de la solution élaborée dans le cahier des charges

4. Problèmes rencontrés sur le chantier

Dans 44% des chantiers, aucun problème n'a été relevé par l'ADAPTH, ce qui s'explique essentiellement par l'existence d'une réunion de démarrage systématique des chantiers. En effet, lors de cette réunion, les détails du cahier des charges sont passés en revue en présence de tous les intervenants. Tout problème potentiel est clarifié par l'ADAPTH, afin d'éviter des litiges pendant les travaux.

Pour 56% des chantiers, des problèmes ont été constatés par l'ADAPTH, dont une série de chantiers à problèmes multiples.

Les problèmes rencontrés en 2020 sont quasi identiques à ceux révélés par l'analyse de 2019, tant au niveau des types de problèmes rencontrés qu'au niveau de leur incidence. Ainsi, 42% des problèmes retrouvés concernaient des délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation. Dans 31% des chantiers à problèmes, des malfaçons ont été constatées par l'ADAPTH. 17% des problèmes relevés concernaient des erreurs ou retards dans la facturation par la société et 10% se rapportaient à des problèmes relationnels entre le bénéficiaire et la société ou entre l'ADAPTH et la société. Ces derniers problèmes sont bien sûr déplorables, mais sans conséquence sur la solution mise en place.



Graphique 90 : Typologie des problèmes sur le chantier

4.1 Délais pour la mise en œuvre de l'adaptation

Le délai pour la mise en œuvre d'une adaptation par la société est constitué par différentes étapes. L'analyse ci-dessous détaille les délais pour les adaptations de salles de bains, qui constituent la grande majorité des adaptations réalisées par l'assurance dépendance.

4.1.1 Délai entre la demande de suivi du chantier par l'AEC et l'organisation de la réunion de démarrage de chantier par l'ADAPTH

La réunion de démarrage de chantier, à laquelle sont conviés tous les intervenants, sert à revoir la solution à mettre en œuvre, à voir si le bénéficiaire souhaite faire d'autres travaux à titre privé et à définir la date à laquelle le chantier peut commencer. Ce délai a été en moyenne de 30 jours, soit 12 jours de plus qu'en 2019.

4.1.2 Délai entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier

Ce délai est nécessaire pour la commande du matériel par la société. Cependant, avec la conjoncture du marché de la construction, les sociétés sont débordées de travail et la pandémie a malheureusement empiré la situation. Les sociétés ont fonctionné au ralenti pendant le confinement et les travaux au domicile du bénéficiaire n'ont souvent pas été possibles. Le délai moyen entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier a été de 75 jours, soit 18 jours de plus qu'en 2019. Cela constitue malheureusement un délai sur lequel ni l'ADAPTH, ni l'AEC n'ont une influence.

4.1.3 Délai entre le début effectif du chantier et une première utilisation de l'adaptation

La date enregistrée par l'ADAPTH correspond au moment où l'aménagement est potentiellement utilisable. Cette étape est importante à recenser, car l'adaptation peut souvent être utilisée bien avant la réception définitive des travaux. Le délai pour une première utilisation a été de 57 jours en moyenne, et donc plus court qu'en 2019 (- 4 jours).

4.1.4 Délai entre le début effectif du chantier et la fin du chantier

La durée moyenne entre le début effectif du chantier et la fin du chantier a été de 72 jours pour les salles de bains analysées, soit 4 jours de moins qu'en 2019.

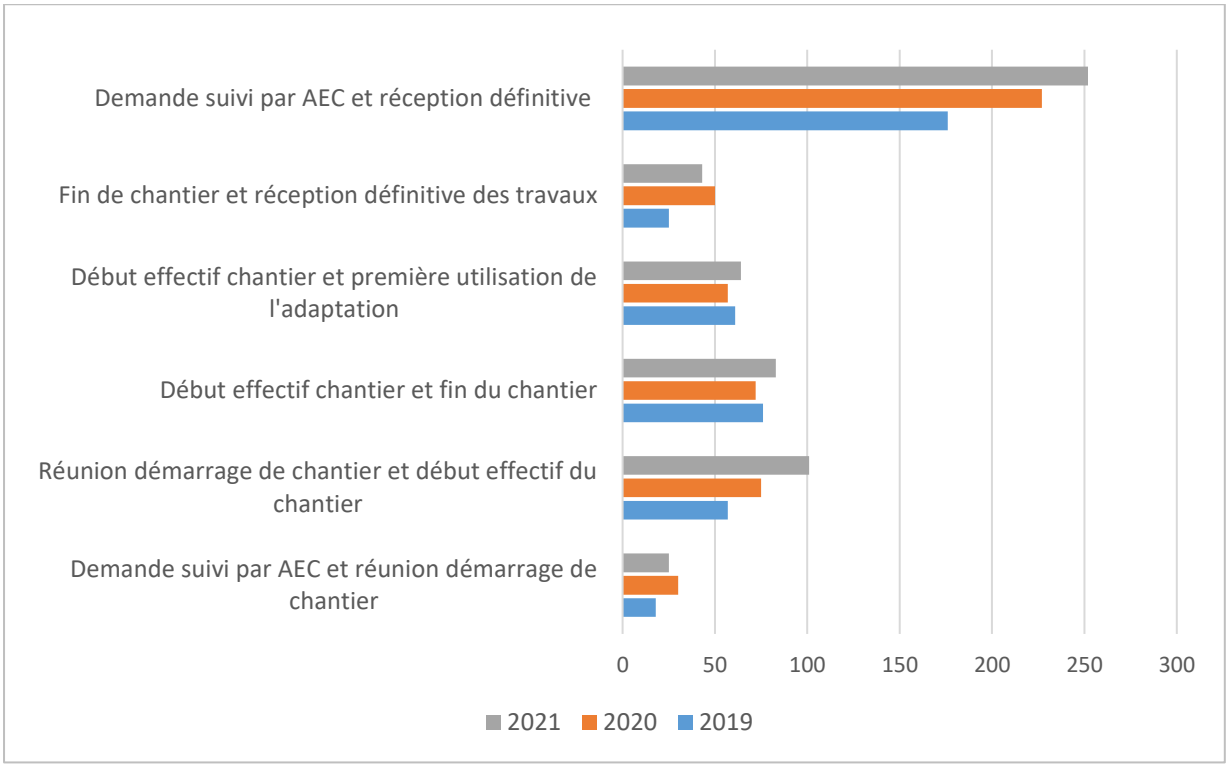
4.1.5 Délai entre la fin de chantier et la réception définitive des travaux

Le règlement pour solde de la facture finale est subordonné à la réception définitive des travaux en présence du bénéficiaire, de la société et de l'ADAPTH.

La réception définitive des travaux a eu lieu en moyenne 50 jours après la fin du chantier, soit 25 jours de plus qu'en 2019, ce qui s'explique par les difficultés en période de pandémie à réaliser une visite avec différents intervenants au domicile du bénéficiaire. En effet, après le confinement, l'ADAPTH a dû retarder pendant un certain temps les réceptions de chantiers pour limiter les contacts au domicile des bénéficiaires. Comme l'aménagement est déjà fonctionnel et que la réception définitive des travaux relève d'un acte administratif, ce retard n'a pas eu d'impact sur la vie quotidienne du bénéficiaire.

La durée pour la mise en œuvre des adaptations de salles de bains par les sociétés a donc augmenté en 2020, notamment en raison du délai très long pour le début effectif des travaux. Ce délai, qui a déjà été long en 2019, s'est encore amplifié suite à la pandémie.

Afin de connaître l'évolution de l'impact de la pandémie sur les délais, des premières données de 2021 ont été intégrées à cette analyse.

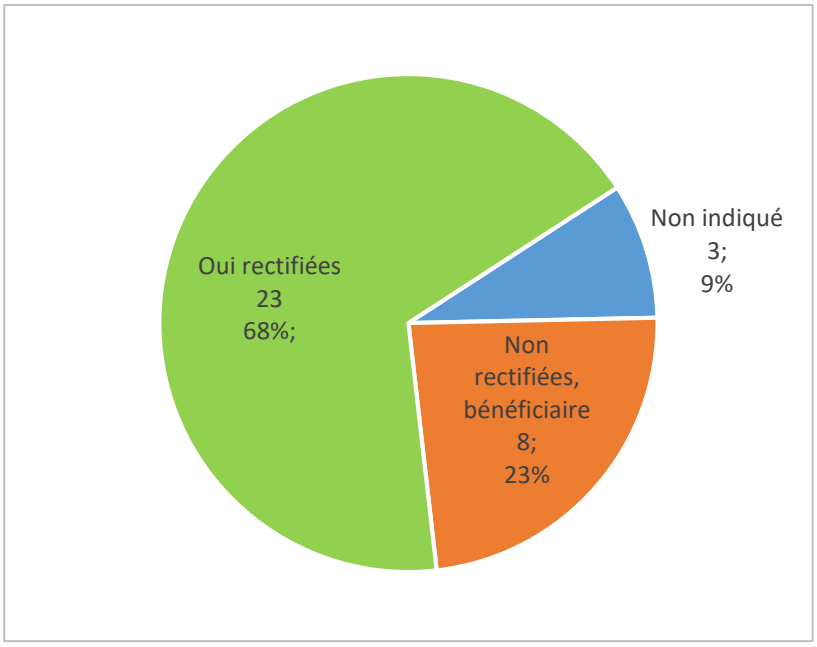


Graphique 91 : Délais (en jours), par étapes, pour la mise en œuvre de la salle de bains

La tendance constatée en 2020 persiste et s'aggrave en 2021: les délais se sont encore allongés, avec notamment un délai pour le début effectif des travaux qui est passé au-dessus de 100 jours.

4.2 Malfaçons constatées lors de la réception du chantier

Dans 34 chantiers, des malfaçons ont été constatées. Ne sont comptabilisées ici que les malfaçons relevées par l'ADAPTH lors de la réception du chantier. En effet, les erreurs constatées au cours des visites de suivi de l'ADAPTH en début de chantier sont facilement rectifiables et corrigées par les sociétés.



Graphique 92 : Rectification des malfaçons

Dans 68% des cas, les malfaçons ont été rectifiées par la société. 23% des bénéficiaires n'ont pas voulu recommencer des travaux. Dans 3 cas, il n'y a pas d'information sur l'issue du problème, ce qui est dû à un problème d'encodage.

4.3 Problèmes de facturation

L'ADAPTH procède à une vérification des factures établies par les sociétés avant de les transmettre à l'AEC. Des problèmes de facturation ont été relevés pour 18 chantiers : les plus courants ont été des délais très longs pour l'établissement de la facture par la société. Pour 4 aménagements, il y a eu contestation des factures par l'ADAPTH, notamment pour des postes du cahier des charges pas encore installés, des heures en régie non nécessaires ou des suppléments souhaités par le bénéficiaire et donc à sa propre charge.

Des heures en régie ont dû être prestées dans 10% des chantiers. Les heures en régie comprennent les heures de travail et le matériel nécessaire en cas d'imprévus pendant les travaux, comme par exemple l'absence de dalle au rez-de-chaussée dans des vieilles bâtisses. En effet, lors de l'analyse de la faisabilité technique du projet d'aménagement par les ingénieurs de l'ADAPTH, il n'est pas toujours possible de constater l'étendue de l'ensemble des travaux. Les travaux en régie sont à valider au préalable par l'ADAPTH et doivent être justifiés par des fiches de régies.

4.4 Problèmes relationnels

Des problèmes relationnels entre le bénéficiaire et la société, ou entre l'ADAPTH et la société ont été constatés pour 11 chantiers. Ces problèmes relationnels se manifestent quand des problèmes surgissent sur le chantier (retards, malfaçons, etc.).

5. Conclusions

En 2020, l'ADAPTH a contrôlé 137 adaptations du logement lors de la réception du chantier et a documenté les résultats de façon standardisée.

D'un point de vue méthodologique, on peut souligner que l'ADAPTH a mis en place une procédure spécifique pour documenter son rôle d'assistance du bénéficiaire dans le choix de la société. Le manque de transparence relevé dans le rapport biennal de 2020 a donc pu être corrigé par la nouvelle démarche de l'ADAPTH.

La solution sur mesure élaborée par l'ADAPTH dans son cahier des charges fonctionnel pour pallier les besoins du demandeur a pu être mise en place pour la grande majorité des aménagements. Des modifications ont dû être apportées au démarrage ou en cours de chantier pour 20% des adaptations, généralement à cause de raisons techniques.

Pour 44% des chantiers, aucun problème n'a été rencontré. Ce bon résultat, similaire à celui de l'analyse de 2019, est dû essentiellement aux réunions de démarrage de chantier en présence de l'ADAPTH, de la société et du bénéficiaire, réunions qui permettent de revoir les différents éléments du cahier des charges et de discuter des détails pratiques du chantier.

Pour les chantiers à difficultés, on constate que les problèmes rencontrés sont presque identiques à ceux décrits dans l'analyse de 2019 et ce tant au niveau des types de problèmes rencontrés qu'au niveau de leur incidence.

Les délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation par la société ont été le plus fréquemment relevés. Déjà en 2019, nous avions été obligés de constater que ce délai était dû à la conjoncture du marché de la construction et au fait que les sociétés étaient débordées de travail. Malheureusement, ce délai a été influencé par la pandémie et s'est encore allongé, notamment en ce qui concerne le début effectif des travaux par la société. Les premières données de 2021 confirment cette tendance et montrent que la situation se dégrade davantage, avec un délai de plus de trois mois pour le début effectif des travaux par les sociétés.

Pour un quart des chantiers, des malfaçons ont été détectées lors de la réception du chantier et des rectifications ont dû être apportées par les sociétés. Toutefois, dans certains cas, le bénéficiaire ne souhaitait pas la reprise des travaux.

Des délais importants pour l'établissement des factures et les contestations de factures par l'ADAPTH ont concerné 13% des dossiers. Des heures en régie n'ont dû être prestées que dans 10% des chantiers, ce qui témoigne de la très bonne qualité des bordereaux techniques[53] établis.

Les résultats des réceptions de chantiers de 2020 sont en très grande partie très similaires aux constats de l'analyse de 2019, qui avait permis de donner une première idée de la qualité des adaptations du logement réalisées par les sociétés. Toutefois, le confinement et le chômage partiel, les congés de maladie en masse dans les sociétés et la pénurie de matériel en lien avec la pandémie ont eu une influence négative sur la durée pour la réalisation des adaptations du logement.

En conclusion, l'AEC ne peut qu'insister sur l'importance du suivi des chantiers d'adaptations du logement par l'ADAPTH. Cet accompagnement rapproché permet d'assurer au bénéficiaire que la solution personnalisée élaborée par l'ADAPTH pour accroître son autonomie de vie ou faciliter la tâche des personnes aidantes est correctement mise en œuvre.

[53]Pour chaque adaptation du logement, l'ADAPTH établit un bordereau technique qui comprend le plan de l'aménagement, le descriptif des travaux, les caractéristiques du matériel à poser et à installer, les clauses contractuelles, ainsi que les données administratives de la société. Le bordereau technique doit être complété par toute société qui souhaite soumettre une offre de prix.

III. SUIVI À MOYEN TERME : ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ADAPTATION DU LOGEMENT

Depuis juillet 2019, une enquête de satisfaction systématique est réalisée auprès de tout bénéficiaire d'une adaptation du logement, six mois après la réception du chantier.

Les premiers résultats de cette enquête ont été présentés dans le rapport biennal de 2020.

L'AEC a continué de suivre la satisfaction des bénéficiaires d'une adaptation du logement jusqu'en juillet 2021, afin de couvrir les différents types de chantiers et de pouvoir conclure sur un nombre de dossiers plus important.

L'analyse ci-dessous présente les résultats relatifs à la période de janvier 2020 à juillet 2021.

1. Résultats et analyse

La participation à l'enquête a été très élevée : sur 159 questionnaires envoyés, 112 ont été remplis et retournés à l'AEC - soit 70,4%.

1.1 Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH

La quasi-totalité des bénéficiaires (97,3%) sont satisfaits, voire très satisfaits de la manière dont l'ADAPTH a traité leur dossier.

Traitement du dossier par l'ADAPTH	
Très satisfait	64,3%
Satisfait	33,0%
Insatisfait	0,9%
Très insatisfait	0,0%
Sans réponse	1,8%

Tableau 60 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la manière dont l'ADAPTH a traité le dossier

96,4% des bénéficiaires estiment avoir reçu des explications claires et compréhensibles par rapport au projet d'adaptation de la part de l'ADAPTH.

Explications reçues par rapport au projet d'adaptation	
Oui, tout à fait	79,8%
Oui, plutôt	19,6%
Non, pas vraiment	1,8%
Non, pas du tout	0,0%
Sans réponse	1,8%

Tableau 61 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux explications reçues par rapport au projet d'aménagement

Une nette amélioration peut être constatée en ce qui concerne l'implication du bénéficiaire dans le projet d'aménagement : uniquement 3,6% des bénéficiaires ne sont pas satisfaits de la façon dont

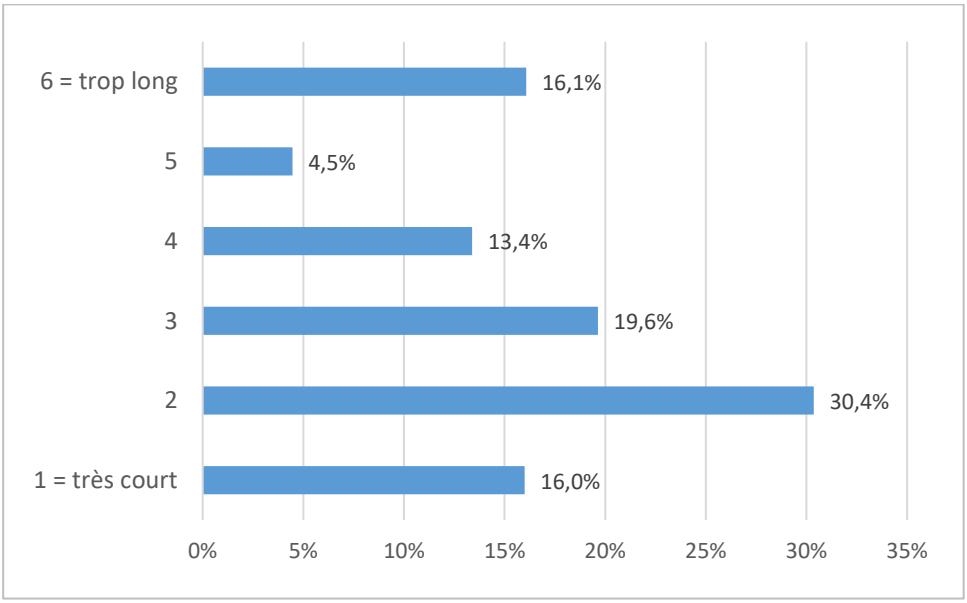
l'ADAPTH les a intégrés dans l'élaboration du projet, alors qu'en 2019, encore 14% des bénéficiaires avaient regretté ne pas avoir été suffisamment impliqués.

Implication du bénéficiaire dans le projet d'aménagement	
Oui, tout à fait	77,7%
Oui, plutôt	16,0%
Non, pas vraiment	1,8%
Non, pas du tout	1,8%
Sans réponse	2,7%

Tableau 62 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à son implication dans le projet d'aménagement

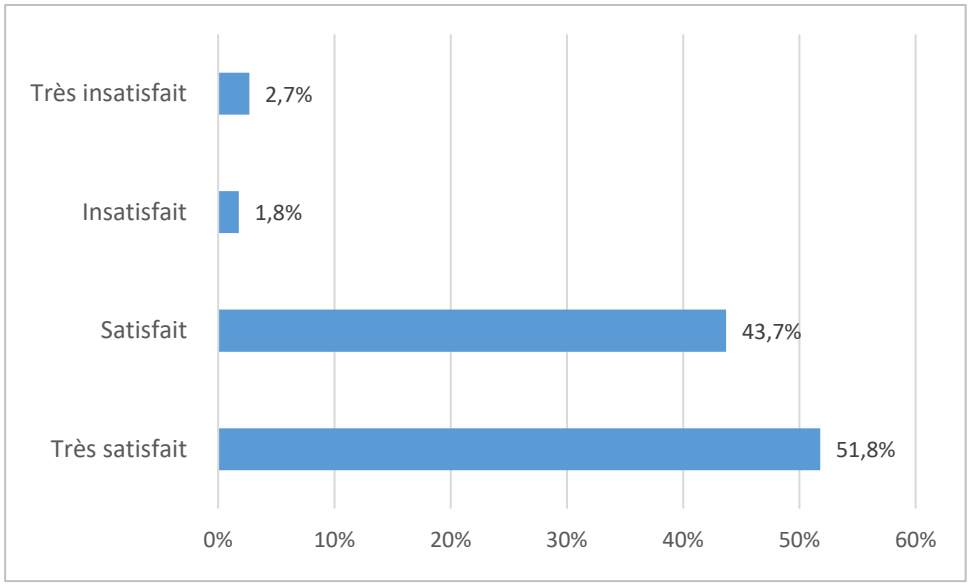
1.2 Satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux

La satisfaction des bénéficiaires concernant la durée pour la réalisation des travaux n'a que très peu changé par rapport à 2019: 46,4% des bénéficiaires estiment que le temps nécessaire pour la mise en œuvre de l'adaptation par l'entreprise a été très court ou court (47,1% en 2019), 33% des bénéficiaires ont trouvé ce délai moyennement long (29,4% en 2019) et pour 20,6% des bénéficiaires, il a été long voire trop long (23,5% en 2019).



Graphique 93 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux délais de réalisation par l'entreprise choisie

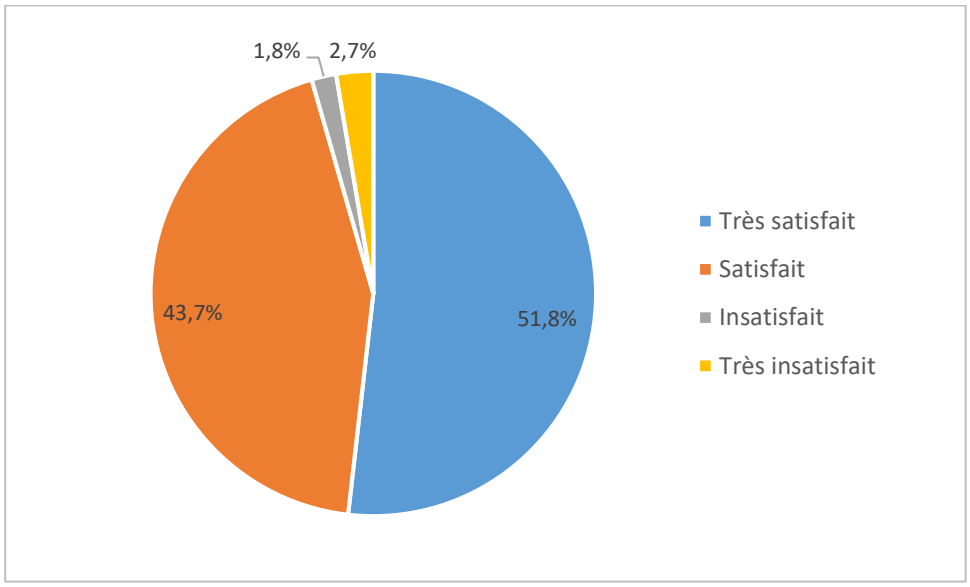
Une très grande majorité des bénéficiaires (95,5%) sont satisfaits, voire très satisfaits des travaux réalisés par l'entreprise.



Graphique 94 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport aux travaux réalisés par l'entreprise choisie

13,4% des bénéficiaires indiquent ne pas avoir reçu d'explications de la part de l'entreprise concernant l'utilisation et la maintenance de l'adaptation (par rapport à 17,6% en 2019).

La qualité du matériel installé a donné satisfaction à 94,7% des bénéficiaires.

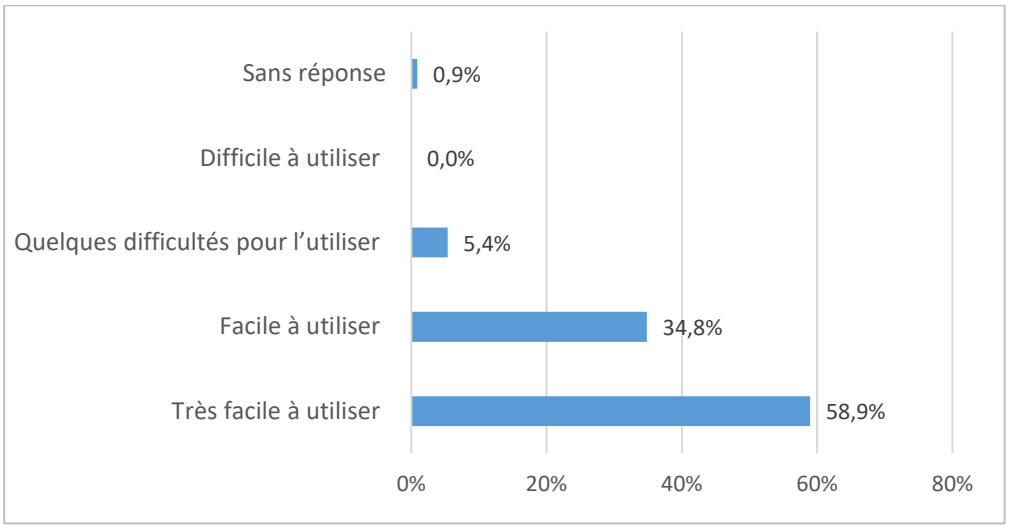


Graphique 95 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la qualité du matériel

En comparaison à l'enquête de 2019, le nombre de problèmes rencontrés avec l'adaptation du logement a diminué : pour 14% des bénéficiaires, un problème s'est produit avec l'adaptation depuis sa réalisation (par rapport à 22% en 2019). La moitié des bénéficiaires indiquent avoir pu résoudre le problème, pour les autres bénéficiaires le problème n'a pas encore été résolu au moment de l'enquête. L'analyse de ces dossiers a montré qu'il s'agissait de problèmes mineurs, pouvant être réglés par l'entreprise ou le bénéficiaire.

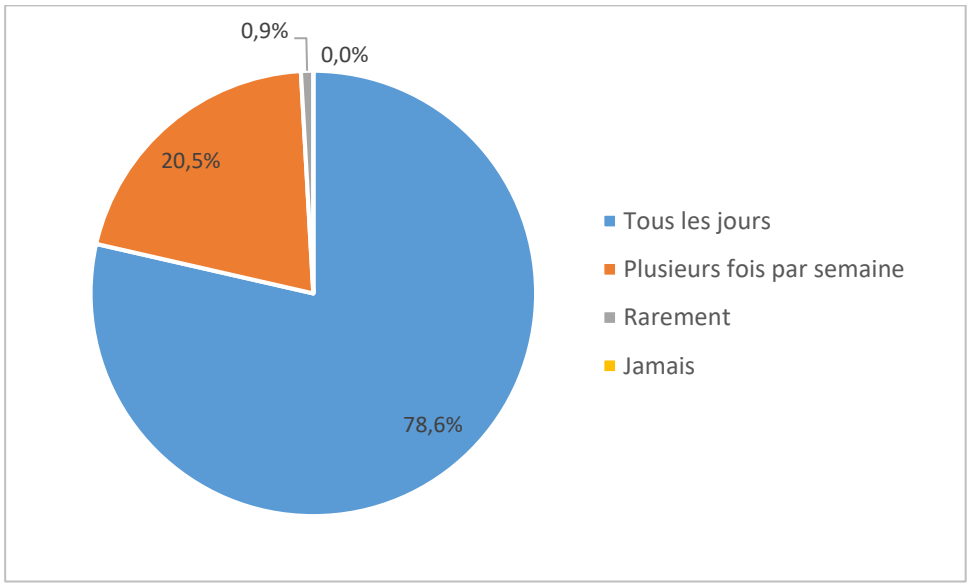
1.3 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement

93,7% des bénéficiaires estiment que l'adaptation du logement est facile, voire très facile à utiliser. 5,4% des bénéficiaires rencontrent quelques difficultés pour l'utilisation.



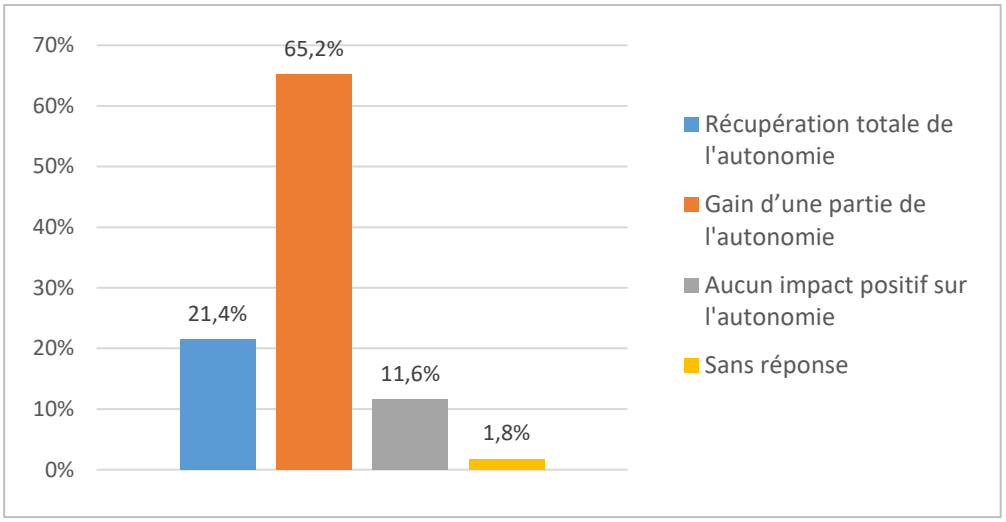
Graphique 96 : Facilité d'utilisation de l'adaptation réalisée

78,6 % des bénéficiaires utilisent l'adaptation du logement quotidiennement, 20,5 % des bénéficiaires l'utilisent plusieurs fois par semaine et uniquement 0,9% des bénéficiaires l'utilisent rarement.



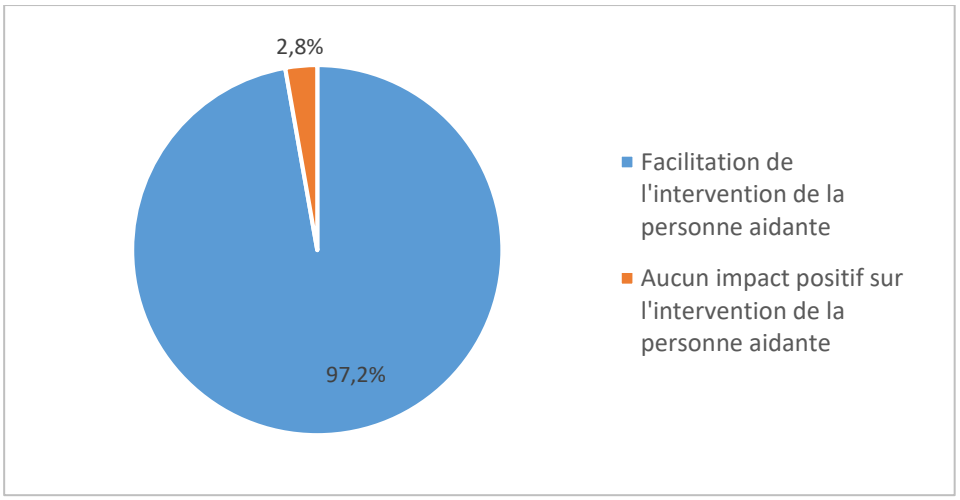
Graphique 97 : Fréquence d'utilisation de l'adaptation réalisée

L'impact très positif de l'adaptation du logement sur l'autonomie des bénéficiaires, constaté lors de l'enquête de 2019, s'est confirmé : près de 22% des bénéficiaires considèrent avoir récupéré une autonomie complète grâce à l'adaptation du logement (résultat identique à 2019) et 65,2% des bénéficiaires indiquent avoir regagné une partie de leur autonomie (par rapport à 49% en 2019). Pour 11,6% des bénéficiaires, l'adaptation n'a pas eu d'effet sur leur autonomie, ce qui peut s'expliquer par le fait que pour des personnes très dépendantes, un gain en autonomie ne peut pas être recherché et l'aménagement est réalisé principalement pour faciliter la tâche des personnes aidantes.



Graphique 98 : Impact de l'adaptation réalisée sur l'autonomie du bénéficiaire

Pour les bénéficiaires qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie, 97,2% considèrent que l'adaptation du logement facilite le travail de la personne aidante. 2,8% des bénéficiaires estiment que l'adaptation n'a pas eu d'impact positif.



Graphique 99 : Impact de l'adaptation réalisée sur la personne aidante

De nombreux bénéficiaires ont complété l'enquête par des commentaires très positifs concernant l'incidence de l'adaptation sur leur vie au quotidien, la bonne qualité du travail des entreprises et l'efficacité et la compétence des professionnels de l'ADAPTH et de l'AEC.

2. Conclusions

Les services rendus par l'ADAPTH, expert de l'AEC pour les adaptations du logement depuis 1999, donnent pleine satisfaction aux bénéficiaires.

Le point faible identifié grâce à l'enquête de satisfaction de 2019, à savoir l'implication des bénéficiaires dans l'élaboration du projet d'adaptation, a pu être corrigé par l'ADAPTH grâce à une attention particulière apportée à cet aspect.

Alors que la durée pour la réalisation des travaux par l'entreprise a augmenté en 2020, il est étonnant de constater que le taux de satisfaction des bénéficiaires par rapport à cette durée reste élevé.

Toutefois, un cinquième des bénéficiaires sont insatisfaits du temps nécessaire pour la réalisation de l'adaptation. En 2019 déjà, ce délai était dû à des facteurs qui ne pouvaient pas être influencés par l'ADAPTH ni par l'AEC, constat d'autant plus vrai aujourd'hui. La fermeture des chantiers (confinement et chômage partiel), des congés de maladie en masse dans les sociétés, puis la pénurie de matériel ont aggravé une situation déjà difficile à cause de la conjoncture du marché de la construction et du fait que les sociétés sont débordées de travail.

En revanche, la qualité du matériel installé ainsi que le travail réalisé par les entreprises donnent entière satisfaction.

Deux mesures d'amélioration relatives aux entreprises, qui s'étaient dégagées de l'enquête de satisfaction de 2019, ont porté leurs fruits:

- l'ADAPTH veille davantage à ce que les explications concernant l'utilisation et la maintenance de l'adaptation sont fournies par la société lors de la réception du chantier et un taux de 87% des bénéficiaires indiquent avoir reçu ces renseignements. Il faut par ailleurs tenir compte du fait que certaines adaptations techniquement peu complexes ne nécessitent pas beaucoup de renseignements de la part de la société ;
- la survenue de problèmes avec l'adaptation du logement a diminué par rapport à 2019, grâce à une réception de chantier méticuleuse de l'ADAPTH.

Les bénéficiaires utilisent les adaptations du logement très régulièrement et les qualifient de faciles à utiliser.

L'enquête de satisfaction confirme l'impact très positif de l'adaptation du logement sur l'autonomie des bénéficiaires : près de 22% des bénéficiaires ont récupéré une autonomie complète grâce à l'adaptation. Les adaptations du logement peuvent en effet être accordées à des personnes qui n'atteignent pas un besoin en aides et soins de trois heures et demie par semaine dans les actes essentiels de la vie, afin de leur permettre de retrouver leur autonomie pour les actes essentiels de la vie.

La quasi-totalité des bénéficiaires, qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne pour réaliser les actes essentiels de la vie, considèrent que l'adaptation du logement facilite le travail de la personne aidante.

Les objectifs visés par l'octroi d'une adaptation du logement tels que définis à l'Article 356 (2) et (3) du CSS[54] ont donc été atteints pour la très grande majorité des bénéficiaires.

L'enquête de satisfaction portant sur la période de 2020 à juillet 2021 a permis de corroborer le niveau de satisfaction très élevé des bénéficiaires d'une adaptation du logement sur base d'un nombre plus important de dossiers et de types de chantiers différents.

À l'exception de la réduction du délai pour la réalisation des travaux par l'entreprise, les différentes pistes d'amélioration dégagées en 2019 ont pu être mises en pratique et ont porté leur fruit.

Au vu de ces très bons résultats, l'AEC a décidé de suspendre les enquêtes de satisfaction systématiques auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement en 2022.

[54] (2) *« Des adaptations de son logement peuvent être prises en charge pour permettre à la personne **de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie** dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement. »*
*(3) « La mise à disposition des aides techniques ainsi que l'adaptation du logement peuvent en outre être réalisées pour **faciliter la tâche des personnes qui assurent les aides et soins.** »*

IV. SUIVI À LONG TERME : LONGÉVITÉ DES INSTALLATIONS

Afin de vérifier la longévité et la fonctionnalité à long terme des adaptations du logement prises en charge par l'assurance dépendance, l'AEC souhaite vérifier chaque année un type d'adaptation du logement spécifique.

1. Longévité et fonctionnalité à long terme des adaptations de salles de bains

En 2020, l'AEC a débuté ce type de contrôle par les adaptations de salles de bains, qui constituent les adaptations les plus fréquemment réalisées pour le compte de l'assurance dépendance[55].

Pour ce faire, l'AEC a mandaté son expert en adaptations du logement qui est l'ADAPTH. Elle a demandé à l'ADAPTH d'évaluer d'une trentaine d'adaptations de salles de bains, dont la réception de chantier a été effectuée entre 2015 et 2017 (soit des adaptations de salle de bains qui ont entre 8 et 5 ans).

Année de réception	Nombre
2015	11
2016	10
2017	11
Total	**32**

Tableau 63 : Nombre d'adaptations de salle de bains considérées par année de réception

- Près de deux tiers des dossiers analysés concernent *des adaptations complètes de salles de bains*, ce qui n'est pas représentatif des adaptations prises en charge par l'assurance dépendance[56], mais ce qui est dû à l'échantillon de l'étude. De fait, étant donné que la vérification doit porter sur tous les constituants d'une salle de bains, les adaptations complètes de salles de bains ont été priorisées pour l'analyse.
- Les logements évalués par l'ADAPTH sont habités pour la grande majorité par une ou deux personnes et l'usure des équipements a été peu influencée par le *nombre d'utilisateurs*.
- La plupart des salles de bains analysées ont une *surface* de 4 m² à 5 m² et n'offrent généralement pas un espace libre suffisant pour effectuer un demi-tour en fauteuil roulant. Ceci peut étonner à première vue, mais la majeure contrainte dans l'adaptation d'une salle de bains concerne la surface disponible. Alors qu'une grande surface permet de réaliser des aménagements confortables à utiliser, l'espace disponible est souvent restreint et ne permet pas toujours le respect des aires de rotation optimales.
- Pourtant, la très grande majorité des bénéficiaires (88%) *sont satisfaits de l'adaptation réalisée et ce après plusieurs années d'utilisation*. 9% des bénéficiaires sont moyennement satisfaits, mais les points problématiques relevés n'affectent pas de manière importante la fonctionnalité de l'aménagement. Une salle de bains ne donne pas satisfaction, ce qui provient d'une mauvaise compréhension des habitudes du bénéficiaire et de la personne aidante pour la prise de douche (l'aidant rentre avec son enfant dans la douche).

[55] En 2019, plus de 65% des demandes d'adaptations du logement ont concerné la salle de bains. (Source : Rapport d'activités 2019 de l'ADAPTH)

[56] Sur 102 réceptions de chantier réalisées en 2019 par l'ADAPTH, 61 concernaient des adaptations partielles et 27 des adaptations complètes de salles de bains. (Source : Rapport biennal 2020)

- Bien que plus de la moitié des bénéficiaires estiment que leur état de santé s'est dégradé depuis la réalisation de l'adaptation, la salle de bains *répond encore aux besoins* de 72% des bénéficiaires. 22% des bénéficiaires considèrent qu'ils nécessitent des aménagements supplémentaires. Après évaluation de la situation par l'AEC, des adaptations complémentaires ont été réalisées et prises en charge par l'assurance dépendance pour 6% des bénéficiaires. Les difficultés rencontrées par les autres bénéficiaires ont pu être résolues par le changement du type de chaise de douche mis à disposition du bénéficiaire ou la modification de la hauteur de la barre d'appui.

2. Analyse des différents constituants

2.1 Porte de la salle de bains[57]

Le remplacement de la porte de la salle de bains peut être nécessaire pour des raisons fonctionnelles (le passage de porte ou l'espace de manœuvre pour ouvrir/fermer la porte sont insuffisants pour la personne qui se déplace avec un cadre de marche, une chaise de douche sur roues ou un fauteuil roulant) ou sécuritaires (risque de blocage de la porte en cas de chute derrière celle-ci).

65% des portes remplacées ont été remplacées par des portes coulissantes, qui offrent en principe de nombreux avantages, comme la facilité d'ouverture et un espace de manœuvre de porte plus réduit. L'analyse de l'ADAPTH a montré que *la manipulation des portes* est sans difficultés pour la très grande majorité des bénéficiaires. Il faut toutefois noter que bon nombre de bénéficiaires sont aidés pour leurs déplacements dans leur salle de bains.

Les portes coulissantes sont *plus fragiles* que les portes battantes: 35% des portes coulissantes ont souffert d'un dysfonctionnement, relatif le plus fréquemment à des problèmes de réglages survenus après l'installation, alors que seulement 10% des portes battantes ont été à l'origine de problèmes techniques.

Les *espaces de manœuvre de porte,* ainsi que *les passages de porte* analysés sont suffisants ou juste suffisants : quand il faut élargir la porte de la salle de bains, un passage libre d'au moins 82 cm ou, si possible, de 90 cm est prévu dans le cahier des charges élaboré par l'ADAPTH. Dans certains cas, il est cependant techniquement impossible d'élargir la porte.

2.2 Douche de plain-pied

Le cahier des charges élaboré par l'ADAPTH prévoit dans la mesure du possible une douche de plain-pied avec un *receveur d'une surface de 120 x 90cm*.

94% des bénéficiaires sont satisfaits de la surface du receveur de douche.

Surface receveur	Fréquence
insuffisante	1
juste	1
suffisante	30

Tableau 64 : Satisfaction du bénéficiaire par rapport à la surface receveur de douche

[57] La porte de salle de bains est rarement changée lors du simple aménagement d'une douche de plain-pied : 66% de changements de porte ont été réalisés dans le cadre d'aménagements complets de la salle de bains et 17% dans les aménagements partiels. (Données 2019/2020 - Source : ADAPTH)

Le receveur de douche est réalisé avec du *carrelage anti-dérapant* avec un degré d'antidérapance R10B[58]. La quasi-totalité des bénéficiaires (97%) sont satisfaits de la sécurité dans leur douche.

L'accès à la douche se fait facilement pour 91% des bénéficiaires, 9% sont moyennement satisfaits.

L'*apport d'aide* par une tierce personne est aisé. Un seul aménagement a donné insatisfaction en raison d'un espace réduit pour la personne aidante: l'ouverture de la paroi de douche est limitée en amplitude, car elle bute contre le lavabo. Dans le cas de petites salles de bains, l'ADAPTH préconise l'installation d'un rideau de douche, mais les bénéficiaires ne sont pas toujours d'accord et les parois de douche installées sont moins fonctionnelles.

Aucun problème technique n'est à relever pour les receveurs de douche.

Un *siphon central ou un caniveau contre le mur* sont installés dans le receveur de douche. Ces deux types d'écoulement nécessitent un nettoyage régulier et l'ADAPTH vérifie que le nettoyage puisse se faire facilement. Malgré les précisions apportées à ce sujet par l'ADAPTH lors de la réception du chantier, des problèmes pour le nettoyage des caniveaux ont été rencontrés par 6% des bénéficiaires.

Des *moyens de protection* différents peuvent être installés en fonction des besoins de la personne et de l'espace disponible dans la salle de bains.

Types de protection	Fréquence
Parois mi-hauteur avec rideau	3
Parois toute hauteur	11
Rideau toute hauteur	17
Sans	1

Tableau 65 : Types de protection de douche par fréquence

- Il est à relever que peu de problèmes d'*étanchéité de la douche* ont été constatés. Les rideaux et les parois de douche sans bac ne sont, du fait de leur conception, pas entièrement étanches. L'ADAPTH s'efforce de minimiser ce problème en plaçant les rideaux bien à l'intérieur du receveur et en prévoyant une baguette au sol, sur laquelle vient se poser le joint inférieur de la porte de douche.
- Le nombre élevé d'installations avec un *rideau de douche* est surprenant et est dû vraisemblablement à l'échantillon des salles de bains analysées. Néanmoins, le rideau de douche reste un moyen de protection efficace et surtout facile à manipuler dans des petites salles de bains. Le recours à un rideau permet d'utiliser le receveur comme aire de manœuvre quand le rideau est replié, ce qui n'est pas aussi évident avec des parois de douche.
- Lorsqu'une porte toute hauteur doit être installée, l'ADAPTH préconise en général des *portes de douche séparables*. Une porte de douche séparable est une porte constituée de deux panneaux superposés, que l'on peut ouvrir indépendamment. En ouvrant la partie supérieure, il est possible de laver le bénéficiaire sans se mouiller. Pour la grande majorité des aidants, leur utilisation est facile. Les difficultés rencontrées par 6% des bénéficiaires sont liées au mécanisme pour solidariser et désolidariser les deux panneaux superposés : dans un cas, les portes étaient tenues par des aimants qui étaient difficilement séparables, dans un autre cas, il n'y avait pas de système pour relier les deux panneaux. L'ADAPTH ne référenciera dorénavant plus des portes de ces marques.

[58] Norme allemande DIN 51 097 - La résistance à la glissance pieds nus : R10 A : adhérence moyenne ; R10 B : adhérence élevée

Il reste à savoir si les personnes qui lavent le bénéficiaire utilisent cette fonction:

- Pour 56% des portes, la fonction est utilisée.
- Pour 22% des portes, la fonction n'est pas utilisée pour divers motifs.
- Pour 22% des portes, c'est le réseau d'aides et de soins qui préfère laisser toute la porte ouverte.

Des *problèmes techniques* ont été rencontrés sur bon nombre de portes de douche :

- Le joint inférieur de la porte de douche doit toucher le sol pour garantir une certaine étanchéité, ce qui peut la rendre plus difficile à manipuler à cause du frottement du joint contre le carrelage antidérapant. À l'avenir, ce problème pourra être résolu avec l'utilisation de charnières qui soulèvent la porte de douche quand elle est ouverte.
- Les joints inférieurs des portes doivent être régulièrement remplacés. C'est le cas pour toutes les portes de douche, mais les sociétés ne se déplacent pas volontiers pour faire des petites réparations.
- Les portes pliables sont un peu plus compliquées à manipuler. L'ADAPTH en est consciente, mais dans certains cas, c'est la seule solution permettant d'ouvrir complètement la porte.
- Des problèmes de réglage, de stabilité et de casse ont été rencontrés pour 36% des portes.

La position et la hauteur des *barres d'appui dans la douche* conviennent de manière générale aux bénéficiaires. De fait, la hauteur est déterminée par l'ADAPTH lors d'une mise en situation lors de l'évaluation ou en cours de chantier avant leur installation. Des problèmes de corrosion ont été relevés pour un certain type de barres d'appui, qui ont été changées sous garantie par le fabricant suite à l'intervention de l'ADAPTH. Le problème est survenu sur une seule série de barres d'appui et a été résolu en production.

L'atteinte et l'utilisation du *mitigeur* ne posent pas de problème.

Lors de cette enquête de l'ADAPTH, quelques bénéficiaires ont signalé des problèmes avec les *chaises de douche* fournies par l'assurance dépendance. L'AEC a analysé ces situations et a échangé, le cas échéant, le modèle de chaise de douche fourni.

2.3 Lavabo

Des *lavabos adaptés* peuvent être requis en fonction des besoins de la personne. Ainsi par exemple, un lavabo d'une épaisseur réduite et de forme incurvée avec siphon encastré permet à l'utilisateur de mieux s'en approcher et de l'utiliser aussi en position assise.

Différents types de lavabo ont été analysés :

Types de lavabo	Fréquence
Adapté	10
Adapté avec poignées	12
Adapté avec poignées et tablette	1
Adapté avec tablette	1

Tableau 66 : Types de lavabo par fréquence

Tous les types de lavabos pris en charge ont été jugés fonctionnels. La taille du lavabo a été remise en question par 6% des bénéficiaires, mais dans de toutes petites salles de bains, des lave-mains plutôt que des lavabos doivent parfois être installés pour des raisons techniques.

L’ADAPTH préconise l’installation de lavabos avec *siphons encastrés*, ce qui libère l'espace sous le lavabo et facilite l'utilisation en position assise. Aucun bénéficiaire n’a été gêné par le siphon, quel que soit le modèle de lavabo installé.

6% des bénéficiaires se plaignent d'un *bec de mitigeur* trop court, ne leur permettant pas de se laver les mains en-dessous. Comme la société n'est pas obligée d'installer le matériel du fabriquant que l’ADAPTH préconise, il faudra dorénavant être plus attentif lors de la réception du chantier, à ce que le bec de mitigeur installé soit similaire au modèle préconisé.

L’ADAPTH prévoit généralement des *bouchons (garniture de vidage) "push-open"*. En principe, ces bouchons sont faciles d'utilisation, car il suffit d'appuyer dessus pour l’ouverture et la fermeture. Avec un système classique, il faut atteindre un petit levier qui se trouve derrière le mitigeur, ce qui n’est pas toujours possible pour le bénéficiaire. Il faut relever cependant que 22% des utilisateurs rencontrent des problèmes pour utiliser le bouchon "push-open". Cet élément devra être analysé plus finement à l'avenir pour voir si le problème est lié à une marque, à son mécanisme ou à un entretien défaillant.

L’installation d’un *miroir toute hauteur* est en général retenue par l’ADAPTH dans le cahier des charges de l’aménagement : un miroir d’une largeur du lavabo et allant jusqu’à une hauteur de 190 cm est posé juste au-dessus du lavabo et permet de s’y voir aussi bien en position assise qu’en position debout. Dans les salles de bains analysées, certains bénéficiaires ont remplacé le miroir par un miroir-armoire suspendu bien plus haut que le mitigeur, avec la conséquence de ne plus se voir correctement en position assise.

Généralement, deux *prises électriques* sont installées au niveau du lavabo, ce qui donne satisfaction à 92% des bénéficiaires. 8% des bénéficiaires auraient préféré avoir plus de prises à leur disposition. Pour la plupart, l’atteinte des prises est facile.

Tous les bénéficiaires estiment avoir suffisamment d'*espace près du lavabo*.

2.4 WC

Aucun problème technique n’a été relevé pour les WC, qui étaient tous des modèles suspendus. Un WC suspendu monté sur un bâti support permet un réglage très précis de la hauteur d’assise lors de l’installation. La hauteur est définie individuellement en fonction du bénéficiaire, des autres utilisateurs éventuels et des aides techniques utilisées. 12% des bénéficiaires pensent cependant que la *hauteur du WC* est trop basse, ce qui peut s’expliquer par le fait qu’il est délicat de monter le WC à la hauteur maximale adaptée pour le bénéficiaire, car à 1 cm près, la personne pourrait ne plus toucher correctement le sol avec ses pieds.

Les *espaces d'approche et d'aide* sont suffisants autour du WC.

Un seul aménagement prévoyait un *WC avec douchette*, installation qui n’a pas donné satisfaction.

La hauteur de montage des *barres d’appui près du WC* est correcte pour la très grande majorité. Elles sont installées en présence du bénéficiaire, après avoir testé diverses hauteurs. La distance d'atteinte du porte-papier toilette qui est monté sur la barre d’appui a posé problème à 6% des bénéficiaires et sera à surveiller davantage.

2.5 Carrelage antidérapant

L’ADAPTH préconise du carrelage R10A pour le sol de la salle de bains, qui est légèrement antidérapant mais qui se laisse néanmoins nettoyer facilement. 97% des bénéficiaires sont *satisfaits de la sécurité* du sol antidérapant de leur salle de bains. Bien que l’ADAPTH vérifie le degré d'antidérapance du carrelage, des différences peuvent être constatées et l’ADAPTH a déjà été confrontée à des litiges avec

le carreleur en présence de carrelage glissant, mais n'a pas beaucoup de moyens si le carrelage est certifié R10A.

Le carrelage antidérapant n'a pas posé de problèmes au nettoyage.

2.6 Autres éléments

L'*éclairage* de la salle de bains et des éléments sanitaires est satisfaisant pour la très grande majorité des salles de bains analysées.

Pour un peu plus de 20% des bénéficiaires, il existe un problème de *rangement* dans les petites salles de bains. En effet, comme il faut libérer le plus d'espace possible pour disposer des aires de manœuvre et d'aide, cela laisse peu de place pour des armoires. Installer un meuble sous le lavabo n'est pas une solution fonctionnelle, car le lavabo doit être libre en-dessous pour dégager un espace pour les jambes et pour permettre son utilisation en position assise. Une solution pour le bénéficiaire pourrait être l'acquisition d'un meuble sur roulettes.

Une *aération* doit être présente dans la salle de bains, ce qui est réalisé soit avec la fenêtre existante ou bien avec un extracteur. L'aération de la pièce ne pose que peu de problèmes : 10% des bénéficiaires ne sont pas satisfaits de la ventilation alors qu'ils disposent d'une fenêtre ou d'un extracteur. Personne ne se plaint de moisissures.

Les salles de bains disposent de *radiateurs* suffisamment puissants quand ils sont purgés, ce qui a posé problème dans deux cas.

3. Conclusions

On peut retenir que *la très grande majorité des bénéficiaires (88%) sont toujours satisfaits de leur salle de bains adaptée et ceci après plusieurs années d'utilisation*.

L'analyse des salles de bains réalisée par l'ADAPTH a permis de confirmer que *la fonctionnalité à long terme de l'aménagement a été assurée pour une proportion très élevée des bénéficiaires, à savoir 72%.* En effet, les solutions personnalisées développées par l'ADAPTH sont conçues pour répondre au mieux aux besoins de la personne, et ce aussi à plus long terme.

Des *problèmes de fiabilité et de réglage des équipements* ont pu être mis en évidence, notamment en ce qui concerne les portes de douche. Une inspection plus minutieuse lors de la réception du chantier ainsi qu'une limitation plus stricte dans les cahiers des charges à des équipements dont la fiabilité est démontrée devraient permettre de minimiser ces problèmes à l'avenir.

L'analyse a *sensibilisé le personnel de l'ADAPTH* à tous les aspects d'une utilisation journalière des équipements par le bénéficiaire et son entourage. Alors que l'ADAPTH suit de près les nouveautés du marché et a une très bonne connaissance des produits, le retour concernant le matériel préconisé avec un recul important faisait défaut. Les problèmes relevés lors de l'étude ont été discutés en équipe, ce qui a permis d'informer tous les ergothérapeutes de l'ADAPTH des carences de certains produits et de revoir les indications.

L'élaboration des bordereaux et le suivi technique du chantier étaient sous-traités à un bureau d'ingénieurs. Depuis 2021, l'ADAPTH dispose de ses propres techniciens, ce qui permet de rédiger des bordereaux plus détaillés et de faire un suivi technique plus fin. Par ailleurs, une collaboration plus étroite entre les ergothérapeutes et les techniciens de l'ADAPTH permettra d'éviter une partie des problèmes relevés dans l'évaluation.

Pour l'AEC, les résultats de cette première étude *confirment l'importance d'un contrôle de la qualité à long terme des adaptations du logement*. De fait, le retour d'expérience et la satisfaction des bénéficiaires après plusieurs années d'utilisation permettent d'améliorer la qualité des installations, tant du côté de la fonctionnalité de la solution proposée que du côté de la fiabilité des équipements.

C'est pourquoi l'AEC a mandaté l'ADAPTH, en 2021, pour effectuer un nouveau contrôle qualité d'un autre type d'adaptation du logement.

Cette nouvelle étude portera sur les *solutions de changements de niveau*, à savoir: les plates-formes élévatrices (horizontales et verticales), les ascenseurs, ainsi que les rampes fixes.

Les résultats seront présentés dans le prochain rapport biennal.

V. DURÉE DE RÉSIDENCE DANS UN LOGEMENT ADAPTÉ

Compte tenu du coût élevé et de la complexité de la mise en œuvre d'une adaptation du logement, une analyse concernant la durée d'habitation des bénéficiaires dans leur logement adapté est jointe à ce rapport biennal.

De fait, le règlement grand-ducal déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance définit des conditions de résidence liées à ce type de prestation.[59] Ces dispositions sont notifiées par la CNS au bénéficiaire lors de la prise en charge d'une adaptation du logement.

L'analyse porte sur les 157 adaptations du logement accordées par l'AEC en 2013[60]. Procéder à une analyse de dossiers si anciens peut paraître surprenant au premier abord. Toutefois, si l'on veut analyser le respect du délai de résidence pour toutes les adaptations du logement accordées au cours d'une année et en sachant que le délai de résidence maximal est de 8,2 ans, il faut remonter assez loin dans le temps pour disposer de données complètes.

Le contrôle du respect des délais de résidence est assuré par le Département assurance dépendance de la CNS.

Pour 5,7% des bénéficiaires d'une adaptation du logement accordée en 2013, le délai de résidence est encore en cours. Les données de 2013 peuvent donc encore varier légèrement, sans pour autant pouvoir remettre en cause les constats de cette analyse.

1. Délai de résidence respecté

Délai de résidence respecté	Nombre de bénéficiaires	% du total des adaptations accordées en 2013	Durée de résidence moyenne (en mois, depuis réception chantier)
	70	44,6%	89

Tableau 67 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec respect du délai

44,6% des bénéficiaires d'une adaptation du logement accordée en 2013 ont respecté le délai de résidence dans leur logement adapté par l'assurance dépendance. La durée de résidence moyenne dans le logement adapté a été de 89 mois, soit 7,4 ans. Le plan de prise en charge moyen pour l'adaptation du logement de ces bénéficiaires a été de 12.862€.

---

[59] Art. 32 et 33 du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance :
« Art. 32. En toute hypothèse le logement faisant l'objet des adaptations doit être habité par le bénéficiaire pendant au moins douze mois à compter du démarrage du chantier visé à l'article 35. A ce délai s'ajoute un délai d'un mois supplémentaire pour chaque tranche de 350 euros accordée. Tout changement de domicile intervenant endéans ce délai doit être déclaré, dans un mois, à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance.
Art. 33. Si les conditions définies à l'article 32 ne sont pas respectées, le montant pris en charge doit être restitué. A cet effet un montant de 350 euros est mis en compte pour chaque mois de la durée d'habitation qui n'a pas été respectée. (…).
En cas de restitution, l'organisme gestionnaire peut accorder un délai de paiement.
Toutefois, l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution, si des raisons impérieuses motivent l'abandon du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.
La restitution n'ouvre pas droit à une nouvelle adaptation du logement. »

[60] Source des données : CNS département assurance dépendance.

2. Délai de résidence non respecté

2.1 Décès du bénéficiaire

Décès	Nombre de bénéficiaires	% du total des adaptations accordées en 2013	Durée de résidence moyenne (en mois, depuis réception chantier)
Décès avant démarrage chantier	0	0,0%	
Décès avant réception chantier	3	1,9%	
Décès avant fin délai de résidence	43	27,4%	21

Tableau 68 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec décès du bénéficiaire

Près d'un tiers (29,3%) des bénéficiaires d'une adaptation du logement décèdent avant la fin du délai de résidence prévu. La durée de résidence moyenne dans le logement adapté a été de 21 mois, donc de moins de deux ans. Le plan de prise en charge moyen pour l'adaptation du logement de ces bénéficiaires a été de 13.162€.

2.2 Déménagement ou départ en établissement d'aides et de soins du bénéficiaire

Abandon du logement adapté	Nombre de bénéficiaires	% du total des adaptations accordées en 2013	Durée de résidence moyenne (en mois, depuis réception chantier)
Départ en ESC avant fin délai de résidence	26	16,6%	38
Déménagement avant fin délai de résidence	6	3,8%	28

Tableau 69 : Adaptations de logement accordées en 2013 avec abandon du logement adapté

20,4% des bénéficiaires d'une adaptation du logement accordée en 2013 ont quitté leur logement adapté avant la fin du délai de résidence prévu.

16,6% des bénéficiaires ont été admis dans un établissement d'aides et de soins. La durée de résidence moyenne a été de 38 mois et le plan de prise en charge moyen pour l'adaptation de leur logement a été de 14.990€.

3,8% des bénéficiaires ont déménagé dans un autre logement. La durée de résidence moyenne a été de 28 mois. Le plan de prise en charge moyen pour l'adaptation du logement de ces bénéficiaires a été de 17.389 €.

2.3 Restitution des frais en lien avec une adaptation du logement

Lorsque le bénéficiaire d'une adaptation du logement déménage avant le délai de résidence défini dans la décision présidentielle émise par l'organisme gestionnaire, il doit rembourser le montant de prise en charge en fonction des modalités définies aux articles 32 et 33 du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006.

Une demande de dispense de la restitution des frais peut être introduite par le bénéficiaire. La CNS transmet les demandes de dispense de la restitution à l'AEC qui statue, dans son avis, sur l'obligation de remboursement par le bénéficiaire. En effet, l'organisme gestionnaire peut dispenser de la restitution si des raisons impérieuses ont motivé l'abandon du logement adapté, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance entendue en son avis.

Demande de dispense de la restitution	Nombre de bénéficiaires	% du total des demandes de dispense	Durée de résidence moyenne (en mois, depuis réception chantier)
Dispense accordée	4	33,3%	28
Dispense refusée	8	66,7%	30

Tableau 70 : Demandes de dispense du remboursement en lien avec une adaptation du logement

Alors que 20,4% des bénéficiaires d'une adaptation du logement accordée en 2013 ont quitté leur domicile adapté avant l'échéance du délai de résidence prévu et qu'une restitution d'une part du montant pris en charge était due, seulement 7,6% de tous les bénéficiaires ont demandé à la CNS de les dispenser du remboursement.

Pour 33,3% des demandes de dispense du remboursement, l'AEC a considéré que des raisons impérieuses ont motivé l'abandon du logement et elle a demandé à l'organisme gestionnaire de dispenser le bénéficiaire de la restitution du montant dû. Pour 66,7% des demandes de dispense, le remboursement par le bénéficiaire a été maintenu.

3. Conclusions

L'analyse du respect des conditions d'habitation par les bénéficiaires d'une adaptation du logement ne peut se faire qu'avec un certain décalage dans le temps. De fait, le délai de résidence lié à la prise en charge d'une adaptation du logement doit être arrivé à échéance avant que l'on puisse se prononcer sur son respect par le bénéficiaire. C'est pourquoi cette première analyse des durées de résidence porte sur les adaptations du logement accordées par l'AEC en 2013.

Moins da la moitié (44,6%) des bénéficiaires d'une adaptation du logement ont respecté le délai de résidence prévu et ils ont habité dans leur logement adapté pendant en moyenne 7,4 ans.

Près d'un tiers des bénéficiaires d'une adaptation du logement (29,3%) sont décédés avant la fin du délai de résidence prévu. La durée moyenne de résidence a été de 21 mois.

Un cinquième (20,4%) des bénéficiaires ont quitté leur logement adapté avant l'échéance du délai de résidence prévu et un remboursement du montant pris en charge leur est demandé par la CNS en fonction des modalités règlementaires définies.

La majeure partie (16,6%) de ces bénéficiaires ont été admis dans un établissement d'aides et de soins. La durée moyenne de résidence dans le logement adapté a été de 3,2 ans.

Peu de bénéficiaires (3,8%) ont déménagé dans un logement autre qu'un ESC et la durée moyenne de résidence dans le logement adapté a été de 2,3 ans.

Seulement 37,5% des bénéficiaires ayant quitté le logement adapté avant le délai de résidence prévu ont demandé une dispense du remboursement à la CNS.

L'AEC a avisé positivement un tiers (33,3%) de ces demandes et a demandé à la CNS d'accorder une dispense du remboursement. Pour 66,7% des demandes de dispense, le remboursement a été maintenu.

Cette première analyse donne un aperçu du respect des conditions d'habitation par les bénéficiaires d'une adaptation du logement et de la durée de résidence moyenne dans le logement adapté. Toutefois, les constats de cette première analyse doivent être confirmés et affinés au cours des prochaines années par des analyses complémentaires.

VI. CONCLUSION : SUIVI DE LA QUALITÉ DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Le suivi de la qualité des adaptations du logement montre la très grande satisfaction des bénéficiaires quant aux aménagements réalisés, avec une implication accrue des bénéficiaires.

Le suivi de l'ADAPTH, expert mandaté par l'AEC, tout au long du processus, permet une adaptation aux aléas de chantiers (56% des chantiers posant un ou plusieurs problèmes), une conformité totale de l'aménagement réalisé avec le cahier des charges dans 76% des chantiers concernés mais aussi un conseil et un accompagnement des bénéficiaires et de leurs proches.

La réception de fin de chantier avec le suivi formalisé mis en place suite à la réforme a permis d'apporter une plus grande transparence et d'adapter les procédures en vigueur notamment dans le choix de la société qui réalisera les travaux, ce qui constituait un point d'amélioration relevé dans le premier rapport biennal.

L'impact très positif de ces adaptations du logement sur la vie des bénéficiaires (22% considérant avoir récupéré une autonomie complète après l'adaptation du logement) et celle de la tierce personne participant à leurs soins (facilitation de l'intervention dans la quasi-totalité des cas), est malheureusement terni par un allongement important des délais pour la réalisation des chantiers en raison de la pandémie mais aussi des problèmes inhérents à l'ensemble du secteur de la construction.

Enfin, pour la première fois, les résultats de cette partie du rapport biennal abordent la qualité des installations dans le temps. En effet, l'analyse détaillée d'une trentaine de salle de bains a mis en évidence la fonctionnalité à long terme des aménagements pour une proportion très élevée de bénéficiaires (77% d'entre eux), qui sont toujours très satisfaits (à 88%) de leur salle de bains, même après plusieurs années d'utilisation. Le recul de ce type de suivi permet enfin de voir la fiabilité du matériel et des matériaux choisis, avec leur usure dans des conditions d'utilisation quotidienne, favorisant un choix encore plus pertinent pour les futures adaptations.

Les modalités de suivi de la qualité des adaptations du logement, aux trois moments clé, seront pérennisées à l'avenir avec un recours aux enquêtes de satisfaction sur des périodes plus courtes, afin de toujours s'assurer du maintien de l'excellence des résultats.

F. CONCLUSION FINALE

D. CONCLUSION FINALE

Ce deuxième rapport a davantage été axé sur les résultats et les pistes d'amélioration qui ont découlé des constats faits pendant la période précédente présentée dans le premier rapport biennal.

Comme son prédécesseur, il est composé de trois grandes parties, mais il a été construit de telle manière que le lecteur puisse trouver des conclusions intermédiaires dans chaque partie et sous-partie, afin de reprendre les constats relatifs aux différentes thématiques et d'identifier des chiffres et résultats clés.

Le premier rapport biennal avait permis de dresser un premier état des lieux présentant les premières données formalisées, récoltées et consolidées au niveau national dans le secteur de l'assurance dépendance en rapport avec la qualité.

Grâce aux recensements nationaux et aux différents suivis, ce deuxième rapport biennal a permis de commencer les comparaisons entre les différentes périodes, amenant de nouvelles pistes de réflexions.

Les moyens qui ont été mis en œuvre pour suivre la qualité liée aux aides et soins, aides techniques et adaptations du logement ont fait leurs preuves et ont pu être consolidés, grâce à la mobilisation de chacun, AEC, prestataires et fournisseurs, malgré un contexte sanitaire dont certains impacts sont présentés dans ce rapport.

Les constats, les évolutions et les éléments de comparaison mettent davantage en lumière les axes prioritaires d'actions qui devront s'appuyer sur les mesures préventives et les interactions, tant des sujets que des différents acteurs et partenaires, pour davantage aborder les problématiques de façon transversale.

Remerciements

Dans le cadre des aides et soins

L'AEC remercie la COPAS pour sa collaboration et plus précisément l'ensemble des personnes ayant participé aux différents groupes de travail animés par l'AEC. L'échange et le partage d'expérience au sein de ces groupes ont permis d'améliorer le suivi des indicateurs nationaux.

Merci aux membres de ces groupes de travail pour leur implication et engagement :

- Mme Martine EWERARD, Chargée de missions Prestations, COPAS
- Mme Laura MUCK, Chargée de missions Qualité, COPAS
- Mme Beate LAUER, Coordinatrice Qualité, Doheem versuergt
- Mme Caroline CAUDMONT, Responsable des Ergothérapeutes et des Psychologues, Doheem versuergt
- Mme Patricia NOEL, Ergothérapeute, Tricentenaire
- Mme Aline MAHOUT, Responsable Qualité et Innovation, Tricentenaire
- M. Holger BRACKER, Coordinateur, Délégué à la protection des données, Zitha Senior
- Mme Giuseppina GULIZIA, Coordinatrice Qualité, Claire asbl

Groupes de travail gérés par :

M. Tom STREICHER, Chargé de mission qualité, AEC

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable unité qualité et contrôle, AEC

Coordination administrative: Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Dans le cadre des aides techniques et adaptation du logement

L'AEC remercie :

- l'ADAPTH pour sa contribution importante à la présentation des résultats et la fourniture de données participant au suivi de la qualité des chantiers à court, moyen et long terme.
- Le SMA pour les nombreux échanges et la mise en œuvre de différentes actions d'amélioration.
- Les différents fournisseurs de coques et corsets- sièges pour leur collaboration et les précisions apportées en matière de techniques de fabrication, ce qui a permis d'améliorer le service aux personnes nécessitant ce type de matériel spécifique.

Un remerciement particulier

- Au service informatique de l'AEC pour la mise à disposition des outils permettant la gestion des enquêtes de satisfaction et le recensement des indicateurs nationaux.
- Au secrétariat de l'AEC pour les envois des questionnaires de satisfaction et les différents encodages.

Auteurs du rapport au sein de l'AEC et contributions aux résultats

Pour la partie Aides et soins

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable de l'unité qualité et contrôle

Mme Alisha BLASEN, Chargée de mission qualité

avec les contributions de :

M. Tom STREICHER, Chargé de mission qualité, infirmier gradué

Mme Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité

Equipe mySecu :

Pour le suivi qualité des démarches transmises par les prestataires

M. Tom STREICHER en charge de la coordination métier, Chargé de mission qualité, infirmier gradué

Mme Monique REULAND, Référent infirmier

M. Marco HOFFMANN, Référent infirmier psychiatrique

Pour le soutien logistique et la réponse aux questions

Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Mme Jennifer OLIVAREZ, Responsable de l'unité qualité et contrôle

Pour les alimentations des plateformes et gestion des démarche

L'équipe de la Helpline AT-LO, Unité de support du SED

Pour la partie aides techniques et adaptation du logement

Mme Christiane ROLLINGER, Conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement

Soutenue par :

- M. Jeff FRITSCH, Référent infirmier, dans le suivi des installations non-conformes d'élévateurs d'escaliers, soutenu par Mme Monique REULAND, Infirmière, chargée de mission qualité.
- Mme Joëlle GERARDY pour l'encodage des enquêtes logement.
- Mme Katja TURINETTI et M. Alex SCHAACK pour la mise en œuvre et la diffusion des actions d'amélioration au sein de l'AEC.

Traitement des données, Data Warehouse (DWH) de l'AEC

Mme Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité

Mme Alisha BLASEN, Chargée de mission qualité

Relecture-Validation Direction AEC

Dr Jacques LÜCK, Médecin-directeur adjoint

Mise en page, corrections

Mme Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Mme Alisha BLASEN, Chargée de mission qualité