

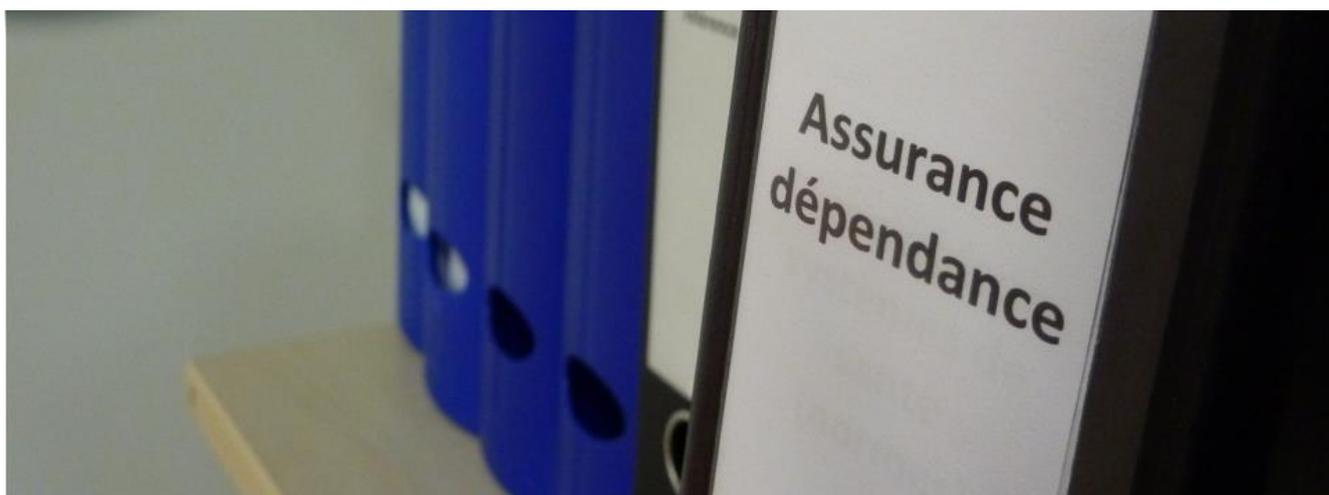


LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

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

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

2020



Rapport biennal

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
- Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance = CEO (dénomination de l'AEC avant la réforme de 2018)
- Centre commun de sécurité sociale - Département informatique = CISS
- Centre intégré pour personnes âgées = CIPA
- Centre semi-stationnaire = CSST
- Code de la sécurité sociale = CSS
- Etablissements d'aides et de soins à séjour intermittent = ESI
- Etablissement d'aides et de soins à séjour continu = ESC, correspondant aux CIPA & MdS
- Maison de soins = MdS
- Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance = R20
- 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 RDG 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 RDG 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.

Note aux lecteurs	1
Introduction	8
A. LES BASES LÉGALES	11
I. LES ARTICLES DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE QUI RENFORCENT LE SUIVI DE LA QUALITÉ	11
II. LES RÈGLEMENTS GRAND-DUCAUX QUI SOUTIENNENT LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITÉ	13
1 Une mesure indirecte de l'efficacité de la prise en charge pour les actes essentiels de la vie	13
2 Les aides techniques	13
3 Les adaptations du logement	13
4 Un aidant de qualité pour des soins de qualité	14
B. LES CONCEPTS : COMMENT MESURER ET SUIVRE LA QUALITÉ ?	16
I. DANS LE CADRE DES AIDES ET SOINS	16
1 Via les indicateurs de la qualité de la prise en charge	16
1.1 Poids – suivi nutritionnel	16
1.2 Suivi des indicateurs liés aux escarres et aux chutes	17
1.2.1 Fiche descriptive	18
1.2.2 Particularités de l'indicateur « Escarres »	18
1.2.3 Particularités de l'indicateur « Chutes »	19
1.2.4 Récapitulatif des grandes étapes de construction et de diffusion des deux indicateurs	21
1.3 Gestion des plaintes	21
1.3.1 Méthodologie choisie	21
1.4 Douleurs	22
1.5 La documentation de la personne prise en charge	23
2 Les réévaluations comme moyens de suivi et actualisation des données.	23
2.1 Réévaluer en collaboration avec les prestataires	24
2.1.1 mySecu : Une plateforme moderne pour une politique de réévaluation ambitieuse	25
2.1.2 Accès à la plateforme mySecu par le prestataire	25
2.1.3 Un cadre strict lié au type de données échangées	26
2.1.4 Support aux prestataires	26
2.1.5 Calendrier du développement et déploiement de l'outil	28
2.2 L'ancienneté des synthèses	28
II. DANS LE CADRE DES AIDES TECHNIQUES	29
1 Engagements pris par les fournisseurs dans les contrats conclus avec l'organisme gestionnaire	29
1.1 Le Service Moyens Accessoires (SMA)	29
1.2 Les autres fournisseurs	31
2 Moyens mis en œuvre pour vérifier les engagements pris par les fournisseurs	32
2.1 Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'aides techniques	32
2.2 Contrôle des délais de livraison	33
2.3 Suivi spécifique des élévateurs d'escaliers	33
2.4 En effet, une analyse réalisée par l'AEC au premier semestre 2019 avait permis de déceler que les délais pour l'organisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé n'étaient pas respectés par les fournisseurs.	33
2.5 Entrevues d'échange avec les fournisseurs	34
2.6 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC	34
2.7 Réception d'aides techniques complexes par les professionnels du terrain	34
III. DANS LE CADRE DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT	35
1 Vérifier l'adéquation entre le cahier des charges établi et l'adaptation du logement réalisée	35

2	Vérifier la qualité du matériel fourni et des prestations liées	35
2.1	Utilisation d'enquêtes de satisfaction	35
2.2	Analyse des différents types d'adaptations après plusieurs années d'utilisation	35
IV.	CONNAISSANCE DES AIDANTS	37
1	Une identification et un suivi	37
1.1	Identification de l'aidant	37
1.2	Suivi de l'aidant : lors des réévaluations	37
1.3	Suivi de l'aidant : via les proches et les prestataires	38
2	Les mesures en faveur de l'aidant	39
2.1	Les différentes gardes	39
2.2	Les activités d'assistance à l'entretien du ménage	41
2.3	Prise en charge des cotisations pour l'assurance pension	41
2.4	Formation de l'aidant	41
2.5	Formation aux aides techniques	41
C.	LES RÉSULTATS	43
I.	RÉSULTATS CONCERNANT LES AIDES ET SOINS	43
1	Suivi des différents indicateurs	43
1.1	Poids – suivi nutritionnel	43
1.1.1	Informations recueillies par les référents lors des évaluations	43
▪	Variation du poids sur les six derniers mois	43
▪	Les raisons de la perte de poids	44
▪	Fréquence de la pesée	44
1.1.2	Informations recueillies lors du contrôle de la documentation	45
1.1.3	Conclusions « Poids - suivi nutritionnel »	45
1.2	Escarres	45
1.2.1	Résultats pour l'ensemble des prestataires	45
▪	Général : Taux d'escarres en moyenne (moyenne sur les CIPA, MdS, RAS et ESI)	45
▪	Général : Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge (Moyenne sur les CIPA, MDS, RAS et ESI)	46
1.2.2	Résultats des centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)	46
▪	Taux d'escarres par type	46
▪	Taux d'escarres en CIPA en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge	46
1.2.3	Résultats des maisons de soins (MdS)	47
▪	Taux d'escarres par type	47
▪	Taux d'escarres en MdS en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge	47
1.2.4	Résultats des réseaux d'aide et soins (RAS)	47
▪	Taux d'escarres par type	47
▪	Taux d'escarres en RAS en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge	47
1.2.5	Résultats des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI)	48
▪	Taux d'escarres par type	48
▪	Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge	48
1.2.6	Résultats des centres semi-stationnaires (CSST)	48
▪	Taux d'escarres par type	48
▪	Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge	48
1.2.7	Conclusions « Escarres »	48
1.3	Chutes	50
1.3.1	Résultats globaux pour l'année 2019, tout type de structure confondu	51

1.3.2	Résultats des centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)	51
1.3.3	Résultats des maisons de soins (MdS)	52
1.3.4	Résultats des réseaux d'aide et de soins (RAS)	52
1.3.5	Résultats des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI)	53
1.3.6	Résultats des centres semi-stationnaires (CSST)	53
1.3.7	Conclusions « Chutes »	53
1.4	Résultats concernant la gestion des plaintes par les prestataires	55
1.4.1	Information des bénéficiaires de l'assurance dépendance	55
1.4.2	Formulation de la plainte	56
1.4.3	Traitement des plaintes	57
1.4.4	Sensibilisation du personnel	58
1.4.5	Suivi et communication	59
1.4.6	Conclusions « Gestion des plaintes par les prestataires »	59
1.5	Douleurs	59
1.5.1	Informations recueillies par les référents lors des évaluations	59
1.5.2	Informations recueillies lors du contrôle de la documentation	60
1.5.3	Conclusions « Douleurs »	60
1.6	La documentation de la personne prise en charge	61
1.6.1	Analyse des fiches de transfert	61
	▪ Données administratives	62
	▪ Identification d'une personne de contact du prestataire	63
	▪ Date du transfert	63
	▪ Présence d'informations sur les fonctions cognitives et/ou psychiques	63
	▪ Résumé soignant succinct détaillant l'état de santé au moment du transfert	63
	▪ Traitements médicamenteux actuellement appliqués	64
	▪ Aides et soins prestés au moment du transfert	64
	▪ Informations sur état cutané	65
	▪ Eléments sur les interventions régulières d'autres prestataires	65
	▪ Informations sur aides techniques, orthèses, implants dentaires, dispositifs médicaux, tout autre éléments de compensation de la dépendance au moment du transfert	65
	▪ Niveau de dépendance	66
	▪ Conclusions liées aux contrôles de l'existence des fiches de transfert et de leur contenu	67
1.6.2	Visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats	67
a	Données administratives	68
b	Résultats concernant l'état de santé de la personne	71
c	Résultats concernant les thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles)	72
d	Résultats concernant l'utilisation de tests et échelles pour le suivi de la personne dépendante en relation avec les indicateurs nationaux	72
e	Résultats concernant les hospitalisations	75
f	Présence de la semaine type	75
g	Activités d'appui à l'indépendance	76
h	Résultats concernant la fiche de transfert	78
i	Format de la documentation	78
1.6.3	Conclusions « Documentation de la personne prise en charge »	79
2	La politique de réévaluations	80
2.1	Les réévaluations grâce à l'outil mySecu	80
2.1.1	Nombre d'espaces ouverts	81
2.1.2	Délais de remplissage	81
2.1.3	Nombre et type de réévaluations traitées via l'outil mySecu	81
2.1.4	Evolution des synthèses	81
2.1.5	Conclusions « Réévaluations grâce à l'outil mySecu »	82
2.2	Politique de réévaluations et ancienneté des synthèses	83

II. LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES	85
1 Précisions apportées aux engagements des fournisseurs dans les contrats conclus avec l'organisme gestionnaire	85
1.1 Le Service Moyens Accessoires (SMA)	85
1.2 Les autres fournisseurs	85
2 Vérifications réalisées quant à la qualité des aides techniques fournies et aux prestations liées	85
2.1 Résultats de l'enquête de satisfaction concernant les lève-personnes mis à disposition par l'assurance dépendance au cours du deuxième semestre 2019	85
2.1.1 La satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur qui a livré le lève-personne.	86
a Délai pour la mise à disposition	86
b Explications reçues	87
c Manipulation réalisée en présence du fournisseur	87
d Transfert réalisé en présence du fournisseur	88
e Transmission d'une fiche d'information	88
f Consignes pour la maintenance du lève-personne	89
g Personne de contact en cas de problème techniques	89
h Conclusion quant à la qualité prestée par le fournisseur	89
2.1.2 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation du lève-personne.	90
a Facilité d'utilisation et sentiment de sécurité	90
b Fréquence d'utilisation	91
c Utilisation du lève-personne et réponse aux besoins	91
d Impact de la mise à disposition du lève-personne	91
e Conclusion quant à l'utilisation du lève-personne	92
2.1.3 Conclusion sur l'enquête de satisfaction concernant les lève-personnes	92
2.2 Analyse des délais de livraison des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance en 2019 93	
2.2.1 Les délais de livraison du Service moyens accessoires (SMA)	93
2.2.2 Conclusion concernant les délais de livraison du Service moyens accessoires (SMA)	98
2.2.3 Les délais de livraisons des autres fournisseurs	99
2.2.4 Conclusion concernant les délais de livraisons des autres fournisseurs	104
2.3 Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme agréé - premiers résultats 105	
2.3.1 Constats préliminaires	105
2.3.2 Mesures correctives et contrôles des obligations	106
2.3.3 Conclusion « Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme agréé »	107
2.4 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC	108
2.5 Conclusion générale liée aux résultats en matière d'aides techniques	109
III. LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'ADAPATATIONS DU LOGEMENT	110
1 Analyse de l'adéquation entre les cahiers des charges élaborés par l'ADAPTH et les adaptations du logement réalisées par les sociétés pour la période d'avril à décembre 2019	110
1.1 Les adaptations du logement analysées	110
1.2 Les sociétés en charge des travaux	110
1.3 Le respect du cahier des charges fonctionnel	110
1.4 Problèmes rencontrés sur le chantier	111
1.4.1 Délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation	112
a Délai entre la demande de suivi du chantier par l'AEC et l'organisation de la réunion de démarrage de chantier par l'ADAPTH	112
b Délai entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier	112
c Délai entre le début effectif du chantier et une première utilisation de l'adaptation	113
d Durée entre le début effectif du chantier et la fin du chantier	113
e Délai entre la fin de chantier et la réception définitive des travaux	113
1.4.2 Malfaçons constatées lors du suivi de chantier	113

1.4.3	Problèmes de facturation	113
1.4.4	Problèmes relationnels	113
1.5	Conclusions « Adaptations du logement analysées »	114
2	Résultats de l'enquête de satisfaction concernant les adaptations du logement par l'assurance dépendance pour la période du deuxième semestre 2019	114
2.1	La satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH.	115
2.2	La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux.	116
2.3	La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement.	117
2.4	Conclusions de l'enquête de satisfaction concernant les adaptations du logement par l'assurance dépendance pour la période du deuxième semestre 2019	119
3	Conclusion générale : Résultats en matière d'adaptations du logement	120
IV.	QUI SONT LES AIDANTS ?	121
1	Typologie des aidants	121
1.1	Nombre d'aidant identifiés	121
1.2	Répartition des aidants identifiés par sexe	122
1.3	Part moyenne des aidants répartis par classe d'âge	122
1.4	Aidants identifiées par classe d'âge et par sexe pour les 2 années	123
1.5	Liens entre l'aidant et la personne dépendante	123
2	Type et fréquence intervention	124
2.1	Domaines d'intervention de l'aidant	124
2.2	Fréquence d'intervention de l'aidant	125
3	Lieu de vie de l'aidant	125
3.1	Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant	126
4	Charges familiales	127
4.1	Aidant d'une autre personne dépendante	127
4.2	Autres charges familiales	129
4.3	Existence d'une autre personne aidante	129
4.3.1	Domaines pris en charge par l'autre personne aidante	130
4.3.2	Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante	130
5	Suivi de l'aidant lors des réévaluations	131
5.1	Lorsque l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente	131
5.2	Lorsque l'aidant n'est pas la même personne que lors de l'évaluation précédente	132
6	Les mesures en faveur de l'aidant	133
6.1	Les formations pour soutenir l'aidant	133
6.1.1	Part des aidants bénéficiant des mesures de formation	133
6.1.2	Nombre d'aidants ayant suivi une formation aidant	134
6.1.3	Nombre d'aidants ayant suivi une formation liée aux aides techniques	135
6.2	Les autres mesures de répit à l'égard des aidants	135
6.3	Conclusions liées à la connaissance des aidants	135
D.	OBJECTIFS PRÉVISIONNELS ET DÉPLOIEMENT 2020 - 2022	138
I.	DANS LE CADRE DES AIDES ET SOINS	138
1	Suivi des indicateurs	138
1.1	Suivi des indicateurs poids et douleur	138
1.2	Suivi de l'indicateur gestion des plaintes	138
1.3	Recensement des indicateurs escarres et chutes	138
1.4	Renforcement de la politique de contrôle de la documentation	138
2	Politique de réévaluation	140
3	Réalisation d'une enquête de satisfaction nationale	140

3.1 Objectifs de l'enquête de satisfaction	141
3.2 Calendrier de mise en œuvre	141
II. DANS LE CADRE DES AIDES TECHNIQUES	142
1 Enquêtes de satisfaction	142
1.1 Enquêtes de satisfaction : aides techniques standards	142
1.2 Enquêtes de satisfaction : aides techniques non standards	142
2 Engagements qualité des différents fournisseurs	143
2.1 Contrôle des délais de livraison	143
2.2 Spécification des prestations à fournir	143
2.3 Organisation de la réception d'aides techniques complexes par les professionnels du terrain	143
2.4 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC	144
III. ADAPTATIONS DU LOGEMENT	145
1 Contrôle qualité lors de la réception du chantier	145
2 Contrôle qualité six mois après la réception du chantier	145
3 Vérification des différents types d'adaptations après plusieurs années d'utilisation	145
E. CONCLUSION FINALE	147
F. ANNEXES	150
Remerciements	164
Auteurs du rapport au sein de l'AEC/contributions aux résultats	165

Introduction

Dans le cadre de la réforme de 2018, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance (AEC) a vu son rôle renforcé dans le contrôle de la qualité des prestations à charge de l'assurance.

L'AEC est appelée à effectuer tous les deux ans deux types de contrôles de la qualité, à savoir :

- le contrôle des prestations, c'est-à-dire vérifier si les prestations requises sont effectivement prestées par le prestataire ou par l'aidant ;
- le contrôle de la qualité des prestations fournies, c'est-à-dire analyser si la qualité de la prise en charge est effective ou non.

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 au côté de la personne dépendante pendant au moins une semaine, du matin au soir. Ce type de contrôles « au lit » de la personne est impossible pour plus de 14.000 bénéficiaires. C'est pourquoi il est essentiel de se baser sur des mesures indirectes indiquant que le prestataire met en œuvre les moyens adéquats pour assurer une prise en charge de qualité, assurant la sécurité et l'intégrité de la personne.

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 ? Ces questions ne peuvent être directement répondues sans observation, évaluation, mise en situation, pesées, etc..., ce qui serait inenvisageable pour l'ensemble des bénéficiaires.

Ainsi, les indicateurs de la qualité de la prise en charge viseront à donner des indications quant aux moyens mis en œuvre pour assurer les aides et soins dans le cadre de l'assurance dépendance.

De plus, pour retracer la prise en charge de la personne dépendante et les prestations qu'elle reçoit, le contrôle de la documentation sur les prestations effectuées est indispensable. Cette documentation permet de vérifier que le prestataire fournit des prestations correspondant aux besoins de la personne dépendante et fixé par la synthèse de prise en charge. Ce contrôle n'est possible que si le contenu de cette documentation est standardisé, exhaustif et accessible électroniquement.

Au-delà du contrôle de l'adéquation entre les prestations fournies par les prestataires et les prestations déterminées dans la synthèse de prise en charge, l'AEC a également pour mission de vérifier régulièrement l'adéquation des prestations de la synthèse de prise en charge par rapport aux besoins de la personne dépendante par des réévaluations à fréquence déterminée. De cette façon l'adéquation entre les besoins du bénéficiaire et la prise en charge est davantage garantie. Évaluer plus souvent les bénéficiaires permet de connaître et de suivre également leur entourage.

Au moment de la réévaluation régulière des besoins de la personne dépendante, l'AEC vérifie également les capacités de l'aidant à fournir les aides et soins requis ainsi que ses disponibilités. Si les indicateurs de la qualité de la prise en charge ne concernent que les prestataires d'aides et de soins, l'AEC, suit également les aidants et leur façon d'intervenir dans les aides et soins via les réévaluations régulières qui permettent aussi de leur proposer les meilleures solutions de répit possibles pour les soutenir. Les détections d'indisponibilités fréquentes et/ou les renseignements fournis par les prestataires qui interviennent au côté des aidants dans la prise en charge de la personne dépendante sont également des informations qui participent au suivi de la qualité en ce qui concerne l'intervention des aidants.

Enfin, dans le cadre des aides techniques et adaptations du logement, le respect des engagements des fournisseurs a été au cœur des préoccupations pour améliorer le service aux bénéficiaires et pérenniser un système qui permet une diffusion large, effective et maîtrisée de matériel et de solutions favorisant l'autonomie de la personne ou facilitant la tâche de la personne qui assure les aides et soins.

Après un rappel des textes et supports législatifs, ce rapport, qui sera publié tous les 2 ans, présentera plus particulièrement, pour cette première édition, les concepts et la façon dont l'AEC met en œuvre la politique de suivi de la qualité, les premiers résultats et analyses, ainsi que les projets et le développement futurs.

A. LES BASES LÉGALES

A. LES BASES LÉGALES

I. LES ARTICLES DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE QUI RENFORCENT LE SUIVI DE LA QUALITÉ

« Art. 384bis »

Tous les deux ans, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance :

- contrôle et mesure l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante ;
- contrôle la qualité des prestations fournies à la personne dépendante compte tenu des indicateurs visés à l'article 387bis, au moyen de la documentation de la prise en charge fournie par les prestataires visés aux articles 389 à 391 et, le cas échéant, d'une visite auprès de la personne dépendante.

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au comité directeur de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

Il conviendra de noter que cet article entend que le rapport contiendra également les mesures mises en œuvre pour le suivi de la qualité liée à la fourniture des aides techniques et à la réalisation d'adaptations du logement.

« Art. 387bis, alinéa 2 »

Le premier alinéa reprend les informations liées aux normes de dotation du personnel et aux coefficient d'encadrement (non repris ci-dessous). Le second alinéa s'attarde plus particulièrement sur les modalités liées à la documentation de la prise en charge et fait référence au RDG du 13 décembre 2017 sur la qualité.

(2) Les dispositions organisant les modalités et le contenu de la documentation de la prise en charge par les prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391 sont fixées par règlement grand-ducal. La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives relatives à la personne dépendante prise en charge, les informations relatives aux soins et à la prise en charge thérapeutique, les indications concernant l'admission en établissement d'aides et de soins ou le début de la prise en charge par un réseau d'aides et de soins, ainsi que la documentation renseignant sur l'état de santé de la personne dépendante.

La documentation par le prestataire d'aides et de soins comporte une semaine-type de prise en charge, qui se distingue de la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8. La documentation de la semaine-type, régulièrement tenue à jour, renseigne des aides et soins, de l'accompagnement et de l'encadrement réguliers et quotidiens de la personne dépendante. De la documentation de la semaine-type résulte la mise à jour régulière d'une fiche de transfert, comportant les données nécessaires pour assurer la sécurité, la continuité des aides et soins, ainsi que leur coordination. Le contenu de la semaine-type et de la fiche de transfert sont définis par règlement grand-ducal. Toute personne consultant ou mettant à jour les données recueillies doit être identifiable à tout moment.

Ce règlement grand-ducal détermine par ailleurs les modalités du contrôle de la qualité des prestations fournies visé à l'article 384bis, paragraphe 1^{er}, alinéa 1, 2^{ième} tiret, ainsi que le contenu des indicateurs de qualité de la prise en charge. Les indicateurs permettent à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance de mesurer la qualité de la prise en charge de la personne dépendante et correspondent, auprès des prestataires d'aides et de soins visés aux articles 389 à 391, à un recensement du nombre de personnes dépendantes présentant une escarre, des personnes dépendantes pour lesquelles l'évaluation de la douleur est réalisée, de la prévalence de chutes et de leur récurrence chez les personnes dépendantes, du suivi nutritionnel des

personnes dépendantes, du mécanisme formalisé de gestion des plaintes, et du contenu de la documentation.

II. LES RÈGLEMENTS GRAND-DUCAUX QUI SOUTIENNENT LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE QUALITÉ

1 Une mesure indirecte de l'efficacité de la prise en charge pour les actes essentiels de la vie

Le contrôle de la qualité des prestations fournies se fait notamment au moyen d'indicateurs définis dans un règlement grand-ducal.

Les indicateurs qui sont proposés en vue de contrôler la qualité des prestations mesurent le processus de prise en charge et les résultats de cette prise en charge en termes de bénéfices ou de risques pour la personne concernée. Ils mesurent également les ressources et les supports nécessaires à la mise en œuvre des processus de prise en charge.

La mesure des indicateurs de qualité de prise en charge n'est possible que si la documentation de la prise en charge est standardisée et exhaustive. En effet, la documentation contient tous les éléments nécessaires à la mesure d'un indicateur de qualité, comprenant les éléments sur l'état de santé de la personne dépendante (poids, suivi nutritionnel, suivi et gestion des chutes, etc.), ainsi que l'encadrement de la personne dépendante (éléments descriptifs et administratifs).

C'est pourquoi 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, (RDG du 13/12/2017 sur la qualité) liste les indicateurs à suivre mais décrit aussi de façon précise le contenu et les éléments de la documentation de la personne dépendante.

2 Les aides techniques

Le système de mise à disposition des aides techniques par l'assurance dépendance a fait ses preuves, mais des améliorations ont été voulues par le législateur dans le cadre de la réforme de 2018, notamment dans le service fourni au bénéficiaire par les fournisseurs.

Pour ce faire, l'AEC s'est vu confier comme mission de s'investir davantage dans le contrôle des engagements pris par les fournisseurs d'aides techniques, en vérifiant notamment l'adéquation entre la commande et l'aide technique livrée, le respect des délais de livraison, la qualité du matériel fourni ainsi que des prestations liées, telles que les initiations au nouveau matériel.

Ces missions de contrôle 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 produits nécessaires aux aides et soins » (RDG du 13/12/2017 sur les aides techniques et adaptations du logement) 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. »

3 Les adaptations du logement

Dans le domaine des adaptations du logement, un contrôle de la qualité des prestations a été réalisé par l'AEC et ses experts de l'ADAPTH¹ depuis les débuts de l'assurance dépendance. En effet, à la réception du chantier, l'adéquation entre le cahier des charges et l'adaptation du logement réalisée est contrôlée.

Néanmoins, cette mission est à développer notamment en ce qui concerne l'exploitation et l'analyse des données recueillies lors de la réception du chantier. Par ailleurs, il s'agit d'examiner la longévité et la fonctionnalité du matériel installé.

Ces missions de contrôle ont été précisées dans le règlement grand-ducal précité à l'article 31, alinéa

¹ L'ADAPTH est le Centre de compétence national pour l'accessibilité des bâtiments (CCNAB) et réalise des expertises dans le cadre des adaptations du logement pour l'AEC depuis les débuts de l'assurance dépendance.

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. »

4 Un aidant de qualité pour des soins de qualité

Jusqu'à la réforme de 2018, l'AEC n'était pas en mesure d'identifier de manière satisfaisante un aidant « en mesure d'assurer les aides et soins requis ». C'est pourquoi le cadre légal existant a été complété en conséquence, notamment aux articles 350, paragraphe 7 et 366 du Code de la sécurité sociale en projet, pour permettre à l'AEC :

- 1) d'identifier l'aidant au moment de l'évaluation de la personne dépendante, au moyen d'une fiche à joindre à la demande de prestations de l'assurance dépendance ;
- 2) d'apprécier ses capacités et ses disponibilités à fournir les aides et soins requis ;
- 3) de retenir ces informations dans une synthèse de prise en charge ;
- 4) de s'assurer du bon suivi de la prise en charge en procédant à des réévaluations régulières.

Enfin, l'aidant est clairement défini comme la tierce personne qui fournit intégralement ou partiellement les aides et soins à la personne dépendante à son domicile en dehors des prestataires visés aux articles 389 à 391 du Code de la sécurité sociale.

B. LES CONCEPTS : COMMENT MESURER ET SUIVRE LA QUALITÉ ?

B. LES CONCEPTS : COMMENT MESURER ET SUIVRE LA QUALITÉ ?

I. DANS LE CADRE DES AIDES ET SOINS

1 Via les indicateurs de la qualité de la prise en charge

1.1 Poids – suivi nutritionnel

Le dépistage d'un trouble nutritionnel repose principalement sur la mesure du poids en fonction de la taille et le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).

Connaître le poids et la taille de la personne fait partie du suivi régulier de la personne dépendante. Ainsi sont mises en évidence les variations de l'IMC à court ou à moyen terme (1 mois ou 6 mois). Le domaine de la nutrition est l'un des cinq domaines des AEV couvert par l'assurance dépendance.

Les variations importantes de poids - à la fois diminution ou augmentation - doivent être recensées. Une diminution de l'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/m² et pour une personne âgée (70 ans et plus) un IMC inférieur à 21kg/m².

Le suivi du poids au cours des six derniers mois est essentiel : 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'indicateur proposé vise le suivi régulier de la personne dépendante.

Une augmentation de l'IMC signale un surpoids ou une obésité (surpoids = IMC supérieur ou égal à 25kg/m² et inférieur à 30 / obésité = IMC supérieur ou égal à 30kg/m²).

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.

De même, un état de dénutrition signifié par une perte importante de poids est un signe d'alerte à prendre en compte. En effet la dénutrition peut entraîner pour la personne des conséquences graves sur sa mobilité, la fatigue engendrée et la fonte musculaire réduisant les capacités motrices. Un risque plus élevé de chutes et la survenue de fractures peuvent en être la conséquence. Sur le risque de développer des escarres, la dénutrition et surtout la perte protéinique sont clairement des facteurs de risque.

Grâce au suivi régulier du poids et donc de l'état nutritionnel de la personne, une stratégie de prise en charge sera mise en place. Elle visera à corriger les facteurs de risques identifiés en travaillant sur de nombreux domaines comme par exemple :

- les actes et prestations du domaine de la nutrition et de l'hydratation
- les actes et prestations du domaine de la mobilité
- prévenir les risques de chutes
- prévenir la survenue d'escarres
- surveiller les posologies médicamenteuses en avertissant le médecin
- améliorer la mise à disposition d'une alimentation saine et équilibrée
- par les activités d'appui à l'indépendance (AAI) (stimuler la mobilisation, rompre l'isolement social...)
- par des aides techniques adaptées

Toutes ces stratégies visent à maintenir un équilibre pour la personne répondant aux besoins dans la spécificité de sa prise en charge. Suivre le poids de la personne est un moyen de s'assurer de cet équilibre.

Pour suivre cet indicateur, l'AEC adopte 2 stratégies visant à recueillir les données auprès des prestataires.

- Lors des évaluations réalisées par les référents de l'AEC c'est-à-dire les infirmiers, infirmiers psychiatriques, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues et médecins qui sont chargés de recenser les besoins des demandeurs de prestations de l'assurance dépendance : En effet, ils se renseignent toujours auprès des professionnels, dans le cadre de leur anamnèse générale, sur le poids et sa prise et perte éventuelles sur les six derniers mois. L'outil d'évaluation a alors été adaptée pour que les référents de l'AEC puissent utiliser cette donnée, la plus actuelle possible, recensée lors des évaluations, même si celle-ci est aussi demandée sur le document R20 rempli par le médecin.
- Lors des contrôles de documentation : L'Unité qualité et contrôle, lors de ses analyses de documentation in situ demandera systématiquement si la personne bénéficie d'un suivi régulier de son poids, au moins mensuellement, et s'attardera sur son évolution. Cela fera l'objet de discussion avec le prestataire et d'actions correctives le cas échéant.

1.2 Suivi des indicateurs liés aux escarres et aux chutes

Les explications liées à ces deux indicateurs sont regroupées car le mode de construction de ces indicateurs a été identique.

En effet, il a été décidé que les prestataires, par entité, c'est à dire par établissement ou par foyer, fourniraient les indicateurs demandés via une grille de recensement mise à disposition par l'AEC.

Pour la construction de ces deux indicateurs, l'AEC a collaboré avec la COPAS dans deux groupes de travail distincts.

Avant de procéder au recensement, l'AEC, des membres du bureau de la COPAS soutenus par des professionnels du terrain, dans deux groupes de travaux différents, ont élaboré ensemble les fiches descriptives de chaque indicateur du Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 sur la qualité, à savoir celui repris dans l'article 5 pour le suivi des escarres et celui repris dans l'article 7 pour les chutes.

Les groupes de travail étaient à géométrie variable avec implication de professionnels « invités » de différents prestataires, via la COPAS, qui ont à chaque fois amené leurs compétences mais aussi leur propre expérience de terrain dans leurs institutions ou réseaux d'aides et de soins. Les différents types de prestataires et donc de populations dépendantes prises en charge étaient représentés dans ces deux différents groupes de travail.

Les deux groupes de travail ont fusionné en phase de validation. Celle-ci, en effet, était plus particulièrement dédiée à une validation des modalités de diffusion, de communication et du planning commun aux deux indicateurs, auprès des différents prestataires.

1.2.1 Fiche descriptive

Ces deux indicateurs suivent le même modèle. Ils ont été tous les deux définis, décrits, et validés avec leurs particularités, population cible et modalités de recueil, dans une fiche descriptive spécifique, par les groupes de travail interprofessionnels AEC- prestataires via la COPAS.

Ces fiches comportent plusieurs catégories distinctes, et sont disponibles **en français et en allemand**, en annexe.

- **Définition/objectif de l'indicateur** : explique ce que l'indicateur doit mesurer.
- **Références professionnelles** : reprend les définitions nécessaires à la compréhension et la mesure de l'indicateur.
- **Diffusion** : rappelle la base légale, c'est-à-dire l'article 384 bis du Code de la sécurité sociale.
- **Type d'indicateur** : détaille la façon dont l'indicateur doit être mesuré.
- **Population/critères d'inclusion** : précise les personnes/le type de personnes à prendre en compte dans le cadre du recensement.
- **Critères d'exclusion** : liste les personnes/type de personnes à exclure dans le cadre du recensement de l'indicateur. Pour les 2 indicateurs, il est clairement expliqué que les personnes non bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance sont exclues du recensement.
- **Mode d'évaluation de l'indicateur** : donne des précisions sur la période de recensement et sur les outils à utiliser. Cette rubrique permet aussi d'informer les prestataires sur la fréquence de recensement prévue.

Les fiches, constituant la partie descriptive, sont accompagnées chacune d'un formulaire de recensement que les prestataires doivent remplir.

1.2.2 Particularités de l'indicateur « Escarres »

Si l'immobilisation et la dénutrition sont des facteurs de risque majeurs de développement d'escarres, la macération, les pressions, les frictions, les cisaillements, l'état de la peau, la déshydratation, entre autres, ne sont pas à négliger.

Les stratégies de diminution du risque d'escarres sont à développer afin de prévenir de façon prioritaire le développement d'une escarre, via les différentes prestations de l'assurance dépendance dans le domaine de la mobilité bien sûr, mais aussi dans les domaines de l'élimination et de la nutrition.

L'indicateur proposé vise à s'assurer que le prestataire suit les effets de sa politique, s'il est en mesure de quantifier le nombre d'escarres dans sa population prise en charge, de mettre en place des actions et de suivre les effets de celle-ci.

Cet indicateur indique le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins présentant une escarre, en différenciant selon les divers stades d'escarres (1-4), le jour du recensement.

La fiche descriptive, dans sa partie « Références professionnelles », insiste sur la classification internationale NPUAP-EPUAP² en présentant, les différents stades de l'escarre ainsi que les photographies permettant une homogénéisation du recueil par stade.

Parmi les personnes dépendantes présentant une escarre, une distinction est demandée entre les escarres développées au cours de la prise en charge par le prestataire d'aides et de soins et celles développées lors d'une période de prise en charge par un autre prestataire d'aides et de soins ou dans un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

C'est pourquoi, on retrouve dans la fiche descriptive la définition de cette distinction que le groupe de travail a décidé de nommer : « Escarres liées à la prise en charge » et « Escarres non liées à la prise

² National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP) (<http://www.epuap.org/> et <https://npuap.org>)

en charge ».

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 alors que la prise charge était assurée par le prestataire en charge du recensement.

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, après l'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.

Lien avec la fiche transfert

Ces différenciations permettent également de faire le lien avec les informations à mettre sur la fiche de transfert telles que définies dans l'article 4, al. 5 du Règlement grand-ducal du 13 décembre 2017 sur la qualité.

En effet, il est important pour le prestataire de mentionner, lors du transfert de la personne dépendante vers un établissement hospitalier ou vers un autre prestataire, si celle-ci présentait des escarres. « 5° le résumé soignant détaillant l'état de santé de la personne dépendante au moment du transfert, les aides et soins effectivement fournis par le prestataire d'aides et de soins au moment du transfert, ainsi que, le cas échéant, la présence d'escarres mesurées dans le cadre du suivi des indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal ; »

Si la prise en charge est continuée après un autre type de prise en charge, le prestataire prendra soin d'évaluer l'état cutané au retour de cette prise en charge afin de renseigner les changements éventuels avec développement, le cas échéant, d'une escarre non présente avant le transfert.

1.2.3 Particularités de l'indicateur « Chutes »

Il est à noter qu'il se constitue en fait de deux indicateurs.

Ces deux indicateurs décrits dans l'article 7 visent à recenser le taux de chutes de personnes dépendantes prises en charge sur une période déterminée. Parmi ces personnes identifiées comme ayant fait une chute au cours de la période d'observation, le second indicateur doit isoler celles ayant fait une nouvelle chute lors de la période d'observation.

L'immobilisation ou la mobilité réduite, la perte de l'équilibre, la détérioration des fonctions cognitives, des troubles de la vue, les environnements non sécurisés, l'incontinence sont autant de facteurs de risques de chutes à prendre en compte.

La prise en charge individuelle de la personne dépendante nécessite des stratégies de prévention afin de supprimer tout ce qui peut favoriser les chutes en vue de sécuriser la personne notamment lors des mobilisations, transferts et déplacements.

Ces 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, mais aussi sur les activités d'appui à l'indépendance et les aides techniques. Elles doivent de plus promouvoir les mesures visant à sécuriser l'environnement.

Lorsqu'une personne a chuté, il convient de voir quelles étaient les circonstances de cette chute, et d'adapter le cas échéant, les différents moyens mis en œuvre pour éviter une nouvelle chute.

Mesurer alors le « taux de récidence » donne une indication sur la pertinence des moyens déployés.

Les stratégies de diminution du risque de chutes sont à développer en cohérence avec le concept d'accompagnement et de soins, en accord avec les caractéristiques et les besoins spécifiques de la population dépendante prise en charge.

L'indicateur proposé vise à s'assurer que le prestataire suit les effets de sa politique, s'il est en mesure de quantifier le nombre de chutes dans sa population prise en charge, de mettre en place des actions et de suivre les effets de celles-ci.

La difficulté de cet indicateur fut de trouver une définition de la chute et de se mettre d'accord sur les modalités et périodes de recensement.

L'article 7 du RGD du 13.12.2017 sur la qualité désigne non pas une mesure mais bien deux mesures en précisant qu'il ne s'agit pas uniquement de suivre les chutes annuelles mais aussi les rechutes sur une année.

Etant donné que le suivi des chutes suite à une première chute demande une réflexion plus poussée en terme de recensement, le groupe de travail s'est mis d'accord sur le fait que le recensement se réaliserait en 2 étapes.

Pour la première partie : « la prévalence annuelle des chutes », le recensement aura lieu de façon annuelle avec une approche rétroactive.

La deuxième partie de l'indicateur à savoir : « le nombre de personnes ayant fait une chute après avoir déjà chuté précédemment », sera abordée dans un second temps. Les prestataires recevront donc les informations liées au comptage des chutes en 2 temps.

Le premier recensement a eu lieu en 2020, pour l'année 2019. Les résultats de ce recensement sont disponibles dans la partie C. LES RESULTATS, I, 1, 1.3 de ce présent rapport.

Le recensement de la 2^{ème} partie de l'indicateur aura lieu en 2021.

1.2.4 Récapitulatif des grandes étapes de construction et de diffusion des deux indicateurs

Semaine 32, août 2019	Première réunion du groupe de travail GT « Escarres »
Semaine 35, août 2019	Première réunion du groupe de travail GT « Chutes »
Semaine 47, novembre 2019	Test réduit des documents de recensement chez deux types de prestataires.
	Amélioration des documents avec notamment efforts réalisés sur la traduction
Semaine 49, décembre 2019	Validation finale conjointe de l'ensemble des documents
Semaine 50, décembre 2019	Information des prestataires via la newsletter de la COPAS
Le 18 décembre 2019	Envoi d'un email à chaque prestataire contenant : <ul style="list-style-type: none">▪ les informations et les instructions concernant les deux indicateurs▪ les fiches descriptives qui reprennent les définitions et la méthodologie de recensement (en français et en allemand)▪ le formulaire de recensement en format Excel (en français et en allemand)
Le 10 janvier 2020	Rappel par l'AEC des modalités de recensement par email à l'ensemble des prestataires
Le 21 janvier 2020	Jour du recensement pour les données « Escarres »
Le 3 février 2020	Dernier délai pour renvoi à l'AEC des fiches de recensement de chaque indicateur.

1.3 Gestion des plaintes

La mise en œuvre d'un système de gestion des réclamations, des plaintes et événements indésirables contribue à la prise en compte de l'expérience des bénéficiaires et de leur entourage et concourt à l'amélioration de la qualité du fonctionnement d'un établissement.

La mise en place d'un tel système favorise l'expression des personnes dépendantes ou de leur entourage sur la qualité de la prise en charge, la réponse aux plaignants et l'identification des dysfonctionnements.

Selon l'art. 9 du RGD du 13 décembre 2017 sur la qualité, l'AEC doit évaluer s'il existe :

- un mécanisme formalisé de gestion des plaintes chez le prestataire ;
- une information de la personne dépendante et de son entourage quant à un mécanisme de gestion des plaintes.

Dans le cadre du suivi de l'article 9 du RGD du 13 décembre 2017 sur la qualité, l'AEC a souhaité réaliser un recensement de l'existence d'un mécanisme formalisé de gestion des plaintes chez les prestataires d'aides et de soins, via questionnaire.

1.3.1 Méthodologie choisie

Pour ce faire, elle a proposé à des représentants de la COPAS dans le cadre d'un groupe de travail, un questionnaire pour servir de base à ce recensement, pour avis, remarques et améliorations le cas échéant.

Après validation du questionnaire, celui-ci a été envoyé à chaque prestataire, accompagné d'un

courrier explicatif, en trois phases.

Le questionnaire se compose de 4 grandes parties :

- Information des bénéficiaires
- Formulation de la plainte
- Traitement de la plainte
- Information et implication du personnel

Les prestataires avaient 6 semaines pour répondre à ce questionnaire et étaient invités à illustrer leurs propos via la transmission de tous documents qu'ils jugeaient utiles (par exemple: documents, article dans leur newsletter, photo d'un panneau d'affichage, procédure le cas échéant, etc...)

20.06.2019	Proposition du questionnaire à la COPAS
02.07.2020	Validation du questionnaire
À partir du 10.07.2019	Envoi des courriers aux prestataires Cet envoi a été effectué en 3 phases (ESC puis RAS puis ESI)
Fin septembre 2019	Clôture de la réception des questionnaires remplis par les prestataires.

1.4 Douleurs

L'indicateur de l'évaluation de la douleur et de la prise en charge de celle-ci est contrôlé en laissant libre choix au prestataire d'aides et de soins de l'échelle de mesure de la douleur, pour autant que cette échelle soit validée, que son utilisation soit documentée, et qu'elle soit adaptée à la population cible.

Le contrôle de l'AEC est double. D'une part, elle évalue la traçabilité de la mesure de la douleur et, d'autre part, elle suit l'évolution de la douleur d'une personne reconnue comme algique ainsi que les moyens mis en œuvre pour la contrôler.

Dans le cadre du recensement des données d'anamnèse propres à la personne dépendante, lors de chaque évaluation des besoins de la personne, chaque référent renseigne des informations concernant la douleur.

Cette information est soit demandée directement à la personne en lui demandant de coter sa douleur sur une échelle de 0 à 10 (échelle visuelle analogique) ou en recueillant les informations auprès de l'entourage et/ou de l'aidant ou auprès du prestataire.

En présence d'un soignant du prestataire, le référent lui demande s'il quantifie cette douleur, s'il la suit de façon factuelle et le cas échéant quel type d'échelle il utilise pour étayer son information.

Ce recueil d'information a été complété afin que le référent, lors de son recueil de données, puisse également renseigner si la douleur d'une personne est suivie par le prestataire et indiquer le type d'échelle utilisée.

La seconde partie de l'article 6 faisant référence à la documentation (« *La documentation permet une identification du suivi et de l'évolution de la douleur* »), il convient de contrôler directement dans la documentation du prestataire, pour un nombre réduit de personnes, la présence d'échelle, leur utilisation et le suivi dans le temps (existence de fréquences régulières établies par le prestataire ?) et à des périodes clé (exemple: admission/retour hospitalisation, lors de soins spécifiques ou invasifs).

Ce type de vérification sera fait lors des contrôles et suivi de la documentation par l'Unité qualité et contrôle (UQC), chez le prestataire.

Cela permettra un double recensement des informations qu'il convient de croiser.

Le référent renseigne les informations déclarées tant par le bénéficiaire que par le prestataire et l'UQC constate l'utilisation d'échelle de suivi de la douleur et l'évolution de la douleur.

1.5 La documentation de la personne prise en charge

Si le soin est la priorité des soignants, il n'en reste pas moins qu'ils ont besoin de soutien dans leur quotidien pour suivre l'évolution des besoins, pour s'adapter et pour comprendre les personnes qu'ils prennent en charge.

Grâce à une traçabilité des informations de façon structurée, objective et actualisée, la documentation de la prise en charge est un outil à l'usage des professionnels pour un suivi de qualité et une réalisation de l'accompagnement et des aides et soins en toute sécurité.

C'est pourquoi, la documentation de prise en charge doit être un outil pragmatique.

Le législateur a souhaité renforcer cet aspect en précisant, dans le chapitre 1 du RDG du 13.12.2017 sur la qualité, le contenu de la documentation de prise en charge via règlement grand-ducal, et non plus de façon conventionnelle comme cela était le cas avant la réforme de 2018. Cependant, le législateur a aussi ajouté deux documents, à savoir la fiche de transfert (cf. Art. 4) et la semaine type (cf. Art. 3), en fixant leur contenu et leur utilisation tout en laissant le choix aux prestataires de la manière dont ils présentent ces deux documents.

L'UQC a donc choisi de commencer par contrôler si les prestataires ont mis en œuvre les exigences de l'article 4. L'existence et le contenu de la semaine type, nouvelle exigence aussi, sera par contre vérifiée lors des contrôles généraux de la documentation de prise en charge directement chez le prestataire.

a) Présence d'une fiche de transfert

L'UQC vise à savoir dans quelle mesure les prestataires ont mis en place la fiche de transfert, en demandant à chaque prestataire un nombre restreint de fiches de transfert pour des personnes dépendantes récemment évaluées et elle en analysera le contenu.

Ce contrôle sera par la suite reconduit afin, le cas échéant, de confirmer/reconfirmer l'existence de ces fiches et/ou d'évaluer les améliorations réalisées.

b) Visite de contrôle de la documentation in situ

Pour les contrôles de documentation, l'AEC doit procéder à des contrôles in situ, à savoir qu'une équipe de l'UQC se déplace chez les prestataires dans ses différentes entités le cas échéant, afin d'analyser, avec eux, le contenu de leur documentation et de voir si celle-ci présente les informations telles que fixées par le chapitre 1 du RDG du 13.12.2017.

2 Les réévaluations comme moyens de suivi et actualisation des données.

La réforme de 2018 n'a rien changé quant au principe du traitement de données opéré dans le cadre de l'évaluation de la situation de dépendance des demandeurs de prestations et de la détermination des prestations à accorder.

Les réévaluations ne constituent pas une nouvelle façon de suivre et d'actualiser les dossiers des demandeurs. Par contre, la réforme de 2018 a formalisé, dans l'article 366 du Code de la sécurité sociale, les fréquences voulues pour une revue régulière des dossiers.

Art. 366.

(1) 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 :

- 1) 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 ;
- 2) 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 ;
- 3) 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 ;
- 4) 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 ;
- 5) 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 1^{er} joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

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.

L'AEC suivra l'ancienneté des synthèses afin d'avoir un état des lieux et développera la politique de réévaluation ambitieuse afin de mettre en œuvre les exigences telles que définies dans l'article 366.

2.1 Réévaluer en collaboration avec les prestataires

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

(2) 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 révisé 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 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. Les prestataires ont par le passé contribué à cette activité, mais dans le cadre d'un processus papier et sans que cette possibilité ne soit inscrite dans le CSS.

Via une fiche spécifique, la « fiche de révision des prestations », il leur était demandé de décrire les changements du besoin en aides et soins et de fournir une argumentation quant à la variation des prestations fournies.

Sur base de la fiche reçue, un référent de l'AEC déterminait les prestations requises.

Un des principaux inconvénients de cette fiche était la qualité inégale de remplissage. Les textes fournis étaient plus ou moins pertinents, les argumentations étaient parfois manquantes.

2.1.1 mySecu : Une plateforme moderne pour une politique de réévaluation ambitieuse

mySecu est une plateforme qui permet des échanges électroniques directs, bidirectionnels et sécurisés d'informations avec les prestataires du secteur de soins de longue durée.

L'AEC avait déjà entamé une série de travaux, à partir de 2013, pour utiliser la plateforme mySecu, outil développé et mis à disposition par le CISS.

Conduit sous forme de projet, il était prévu d'utiliser cette plateforme pour gérer les réévaluations à traiter par les prestataires sur base du contenu de l'ancienne fiche de révision des prestations, dite fiche A3, et d'éliminer ainsi la gestion des documents physiques (donc sur support papier).

En septembre 2015, malgré un développement avancé et des 1^{ers} tests internes, il a été décidé, en réunion des directions CISS-CEO, de mettre ce projet en suspens compte-tenu de la réforme de l'assurance dépendance.

En l'été 2018, devant l'importance des stocks de réévaluations et en raison des nouvelles orientations de la politique de réévaluation dans le cadre de la réforme de l'assurance dépendance (cf. article 366), la plateforme mySecu a été définitivement choisie pour permettre les échanges d'informations entre l'AEC et les prestataires d'aides et de soins.

Utiliser la plateforme mySecu dans le cadre des réévaluations avait pour objectif de :

- Créer un outil avec une base commune : l'AEC et les prestataires doivent renseigner le même type d'information pour permettre la détermination des aides et soins.
- Utiliser la voie électronique pour les échanges
- Eviter les sources d'erreurs en facilitant la transmission d'informations sous forme de résultats via cases à cocher pour la plupart des catégories concernées, accompagnées de texte explicatifs et informatifs.

2.1.2 Accès à la plateforme mySecu par le prestataire

La plateforme mySecu met à disposition un espace par entité cliente, c'est-à-dire par prestataire d'aides et de soins.

Si une réévaluation peut être gérée via la plateforme mySecu, il existe pour le prestataire 2 façons d'accéder à la plateforme mySecu.

1) Via un site en ligne (HTML)

L'utilisateur accède à l'espace prestataire protégé par un système d'authentification forte via un dispositif LuxTrust. Toute personne qui utilisera l'outil devra posséder un produit LuxTrust.

La solution avec accès via produits LuxTrust ne nécessite pas de programmation spécifique et ne présente pas de coûts de développement pour le prestataire. Seul un accès internet est nécessaire et un produit LuxTrust est à utiliser pour l'identification.

2) Via Services web : échanges automatisés

Le prestataire peut en effet vouloir développer son propre outil qui alimentera la plateforme via

son système de gestion des dossiers qui lui est propre. Le professionnel qui doit renseigner les besoins en aides et soins ne va pas remplir directement dans la plateforme mySecu comme pour la solution 1), mais dans une plateforme/un outil spécifique, propre au prestataire.

C'est un Service web qui permet des échanges automatisés, qui ensuite enverra les informations demandées à la plateforme mySecu. Le prestataire est dans ce cas « propriétaire » de l'outil qu'il met à disposition de ses collaborateurs. Il développe un outil interne compatible mySecu en assumant les coûts liés au développement.

2.1.3 Un cadre strict lié au type de données échangées

En raison des données sensibles traitées, l'utilisation de la plateforme est accompagnée d'informations et de règles à respecter en termes de protection des données. Sur base de la loi sur la protection des données en vigueur, c'est-à-dire le **Règlement général sur la protection des données** dit **RGPD**³, il convient en effet de fixer le cadre, les obligations et responsabilités de chacun, qui ont été communiqués sous formes d'annexes lors de la signature du contrat cadre par les 3 parties concernées, à savoir :

- le prestataire de service: dans le cadre de l'utilisation de la plateforme de service mySecu pour le projet « réévaluation des prestations de l'assurance dépendance par le prestataires », il s'agit de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ;
- le sous-traitant : il s'agit du CISS qui met à disposition de l'AEC et des prestataires d'aides et de soins (les entités clients), la plateforme mySecu ;
- l'entité cliente : il s'agit du prestataire d'aides et de soins qui est amené à donner des informations sur l'état de santé et des besoins en aides et soins du bénéficiaire pris en charge.

L'entité cliente aura à signer en plus 2 types de formulaires :

- le formulaire entité cliente qui regroupe l'ensemble des utilisateurs autorisés à utiliser la plateforme chez ledit prestataire ainsi que les coordonnées de l'administrateur de l'espace.
- le formulaire utilisateur qui sera à remplir par chaque utilisateur individuel du prestataire concerné.

L'UQC assure la logistique entre les différentes parties concernées, à savoir les envois ainsi que la réception et remise des différentes copies signées à toutes les parties concernées. Une fois l'espace du prestataire créé, l'UQC assure aussi toutes les mises à jour pour chaque ajout et changement d'utilisateur.

2.1.4 Support aux prestataires

Un ensemble de moyens a été mis à la disposition des prestataires afin de les soutenir tant dans la manipulation de cet outil que dans le remplissage des démarches nécessaires à la réévaluation des besoins des bénéficiaires.

Des sessions d'information : Ces sessions d'information avaient pour objectif de présenter le concept de la plateforme mySecu aux prestataires et de leur expliquer les démarches à réaliser pour qu'ils puissent ouvrir leur espace dans la plateforme mySecu.

³ Règlement n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE

Date	Nombre de participants	Nombre structures ou prestataires représentés
26.03.2019	27	15
23.05.2019	22	10
18.06.2019	28	12
09.07.2019	19	10

Un guide métier : Ce guide a pour but de soutenir les professionnels dans le remplissage de l’outil de réévaluation. Il fournit des précisions quant à la façon de décrire le besoin d’aide du bénéficiaire concerné. La référence légale pour les 5 domaines d’AEV ainsi que la partie liée aux activités reste contenue dans les définitions de l’Annexe B du « Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance » intitulé « Référentiel des aides et soins de l’assurance dépendance ».

Le guide de la connexion : Ce guide décrit, par le biais d’impressions d’écran, toutes les étapes de la connexion.

Une adresse email : Une boîte et adresse email reeval.mysecu@ad.etat.lu a été créée pour faciliter la communication avec l’équipe de référents mySecu. Les prestataires peuvent envoyer des questions précises sur un dossier spécifique s’ils utilisent un système de transmission sécurisé. Ils peuvent aussi poser toutes les questions liées à l’interprétation des aides et soins requis, des standards de détermination ou des attentes de l’AEC par rapport au remplissage de l’outil. Ces courriels sont réceptionnés par l’équipe mySecu de l’AEC afin de garantir une réponse dans les meilleurs délais.

Une équipe dédiée à l’accompagnement et au soutien des prestataires : Une équipe de référents de l’AEC constituée de trois infirmiers et d’un médecin est chargée de réceptionner les réévaluations qui ont été remplies par les prestataires via la plateforme mySecu. Chaque référent de cette équipe est la personne de contact privilégiée d’un certain nombre de prestataires. Elle lui rend compte des bonnes pratiques mais aussi des points à améliorer afin que les prochaines évaluations envoyées soient davantage conformes aux attentes de l’AEC et permettent surtout une détermination aisée des besoins de la personne dépendante. La logistique liée à la communication aux prestataires (cf. les différents documents, réponses aux questions et à l’alimentation des plateformes), est assurée par l’assistante administrative de l’UQC.

2.1.5 Calendrier du développement et déploiement de l'outil

Récapitulatif des grandes étapes du projet :

Été 2018	Construction du questionnaire d'évaluation et définition des besoins
Décembre 2018	1 ^{ère} phase test en interne
Janvier 2019	Test n°1 par un nombre réduit et sélectionné de prestataires
Février 2019	Amélioration de l'outil : navigation, vocabulaire et ergonomie. Finalisation des documents de supports à mettre à disposition des prestataires
Mars 2019	2019/03 – Test n°2 échantillon restreint de prestataires
De mars 2019 à Juillet 2019	Organisation de 4 sessions d'information pour les prestataires ESC+RAS
À partir de septembre 2019	Ouverture de la majorité des espaces permettant aux prestataires de commencer à remplir l'outil de réévaluation pour les bénéficiaires identifiés par l'AEC
Depuis septembre 2019	Accompagnement des prestataires pour s'assurer de la qualité du remplissage des démarches assurées par une équipe dédiée de référents de l'AEC : entretiens téléphoniques, visites et explications in situ, réalisation conjointe d'évaluation.
À partir du 2^{ème} semestre 2020	Déploiement au secteur du handicap
De mars 2019 au 2^{ème} semestre 2020	Gestion des contrats cf. RGPD et ouverture progressive espaces chez les différents prestataires

Il est à noter que la mise à disposition de cet outil de réévaluation via la plateforme mySecu résulte de la collaboration entre l'AEC et les équipes du CISS (équipe informatique et de développement) avec une implication importante des prestataires d'aides et de soins, via la COPAS dans les phases de test.

2.2 L'ancienneté des synthèses

L'ancienneté des synthèses est identifiée en faisant la distinction entre les synthèses de personnes dépendantes prises en charge à domicile et celle prises en charge en établissement.

L'objectif de l'AEC est de se rapprocher le plus possible des exigences concernant les fréquences telles que précisées dans l'article 366 du CSS.

À domicile, la présence d'un aidant nécessite des réévaluations régulières.

En établissement, grâce au déploiement et à l'utilisation de l'outil mySecu, l'AEC ambitionne de demander aux prestataires d'effecteur une réévaluation 6 mois après l'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.

II. DANS LE CADRE DES AIDES TECHNIQUES

1 Engagements pris par les fournisseurs dans les contrats conclus avec l'organisme gestionnaire

Afin d'assurer des services de bonne qualité aux bénéficiaires, une série d'obligations de prestations doivent être fixées dans les contrats conclus entre les fournisseurs d'aides techniques et l'organisme gestionnaire (CNS).

Deux types de fournisseurs sont à distinguer :

- le Service Moyens Accessoires (SMA), fournisseur spécialisé tel que défini à l'article 394 du Code de la sécurité sociale, constitue le principal fournisseur d'aides techniques. En effet, l'article 5 (1) du Règlement grand-ducal 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.* »
- 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 (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.* »

1.1 Le Service Moyens Accessoires (SMA)

À côté de son rôle de fournisseur principal d'aides techniques pour le compte de l'assurance dépendance, le SMA doit également assurer la maintenance des aides techniques en location. Si l'on considère que le SMA doit potentiellement intervenir sur près de 40.000 aides techniques prises en charge sous le mode de la location⁴, la qualité des services fournis par ce fournisseur spécialisé a un impact sur beaucoup de bénéficiaires.

Les prestations que le SMA doit assurer sont régies par la convention entre le SMA et la Caisse nationale de santé (CNS).

Cependant, cette convention n'a plus été actualisée depuis 2002 et ne correspond en grande partie ni à la pratique de la mise à disposition des aides techniques telle qu'elle a évolué au courant des 18 dernières années, ni aux modifications réglementaires qui ont eu lieu en 2006 et 2018.

Au vu de ces éléments, l'AEC avait des difficultés à s'acquitter de sa mission qui est de vérifier les engagements pris par le SMA dans le contrat qu'il a conclu avec la CNS.

Afin de pouvoir avancer sur les points concernant les services à fournir par le SMA aux bénéficiaires d'aides techniques, l'AEC a donc convenu avec la CNS et le SMA de créer une annexe à la convention, déterminant pour chaque type d'aide technique gérée par le SMA les engagements suivants:

▪ **Livraison à domicile ou enlèvement de l'aide technique au SMA :**

Les aides techniques encombrantes ou nécessitant une installation au lieu d'utilisation sont livrées au domicile du bénéficiaire par le SMA. Les aides techniques transportables en voiture ne sont pas livrées et sont à enlever au SMA. L'aide technique sera montée et prête à l'usage par la personne. Si la personne souhaite néanmoins une livraison, elle doit payer cette livraison.

Si une aide technique à livrer et une aide technique à enlever sont commandées en même temps au SMA pour un bénéficiaire, les deux aides techniques seront livrées sans frais pour le bénéficiaire. Si plusieurs aides techniques à enlever au SMA sont requises, une livraison gratuite par le SMA est assurée, car le transport de l'ensemble de ces différentes aides techniques est difficilement possible en voiture.

▪ **Délais de livraison :**

Le délai de livraison indiqué dans l'annexe correspond au délai maximal pour la livraison d'une aide technique standard par le SMA. Des délais de livraison plus longs ont été retenus pour le matériel

⁴ Source Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) – Service études et analyses

non standard, dépendant du délai de livraison du fournisseur de ce matériel pour le SMA.

Si plusieurs aides techniques à enlever au SMA sont requises, la livraison gratuite par le SMA est assurée endéans 15 jours ouvrables.

En cas d'urgence, qui se limite aux situations de fin de vie ou d'un grand risque d'escarres avéré (échelle de Norton), le SMA s'engage à livrer l'aide technique dans les 24 heures.

Les délais de livraison peuvent être impactés par la disponibilité du bénéficiaire pour la fixation du rendez-vous.

▪ **Installation de l'aide technique au lieu d'utilisation :**

Pour des raisons techniques et sécuritaires, certaines aides techniques doivent être installées au lieu d'utilisation par le SMA (comme par exemple les surélévateurs de WC).

▪ **Réglage de l'aide technique par un thérapeute :**

Un réglage de l'aide technique par rapport à la morphologie et aux capacités de la personne est assuré par le livreur du SMA. Pour certaines aides techniques, la vérification de ce réglage est assurée par un thérapeute du SMA (comme par exemple pour les fauteuils roulants). Il répond également aux questions pratiques du bénéficiaire ou de son entourage, qui se posent souvent après quelques jours d'utilisation de l'aide technique. Ce réglage est effectué endéans 10 jours ouvrables après la livraison du matériel.

▪ **Fiches techniques :**

Des fiches techniques résumant les informations importantes des notices d'utilisation seront élaborées pour les aides techniques dont le maniement est plus complexe. Ces fiches techniques sont consultables sur le site internet du SMA.

▪ **Autocollant apposé sur l'aide technique :**

Vu l'importance d'un rechargement correct des batteries sur leur durée de vie, un autocollant précisant les modalités correctes pour ce rechargement sera apposé par le SMA sur toutes les aides techniques concernées.

▪ **Initiation :**

Une initiation de la personne et/ou de son entourage sera réalisée pour les aides techniques dont l'utilisation n'est pas intuitive. L'initiation est faite soit au lieu d'utilisation s'il s'agit d'une aide technique à livrer, soit dans les locaux du SMA si l'aide technique est à enlever.

Des formations continues en matière de l'ensemble des aides techniques mises à disposition par le SMA sont à assurer pour tout le personnel réalisant des initiations.

▪ **Vérification du réglage de l'aide technique après un temps défini d'utilisation :**

Après un temps d'utilisation défini dans l'annexe, certaines aides techniques anti-escarres doivent être vérifiées afin de s'assurer de leur réglage correct.

▪ **Entretien technique :**

Pour une série d'aides techniques, notamment le matériel avec composante électrique, un entretien technique est requis afin de s'assurer du bon état des câblages et pour effectuer le cas échéant des réparations. Pour d'autres aides techniques, le fabricant préconise un entretien. Les échéances pour l'entretien technique sont précisées dans l'annexe de la convention.

▪ **Contrôle par un organisme agréé :**

Les lève-personnes passifs relèvent actuellement de la loi relative aux établissements classés et un contrôle par un organisme de contrôle agréé, de même qu'une autorisation d'exploitation de l'Inspection du Travail et des Mines (ITM) sont requis avant une première utilisation.

Prestations à fournir par le SMA – exemples extraits de l'annexe à la convention

Nature	Matelas alternating	Fauteuils roulants de base pliables	Fauteuils roulants électriques d'extérieur	Lève-personnes passifs
Livraison (L) ou Enlèvement (E) au SMA	L	E	L	L
Livraison AT à enlever si = ou > 2 (Délai de 15 jours)		X		
Délais de livraisons/() = Délais modèles non-standard	10 (30)		20	15
Installation (INS)/Réglage Thérapeute (RT)	INS	RT	RT	INS
Fiche Technique (FT)/Autocollant (A)/Initiation (INI)	FT/INI	INI	FT/A/INI	FT/A/INI
Vérification Thérapeute (VT)/Entretien technique (ET)/Contrôle Organisme Agréé (COA)	VT (1x/6mois)			COA (1x/an)

Les obligations retenues dans l'annexe sont cependant uniquement indicatives et reposent sur un engagement libre du SMA, en attendant que la convention entre le SMA et la CNS soit renégociée.

1.2 Les autres fournisseurs

Si 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 les fournisseurs d'aides techniques doivent assurer sont spécifiées au niveau de procédures et de masques de saisie spécifiques pour la soumission d'une offre de prix.

Il y a lieu de différencier entre 3 cas de figures :

- a) L'AEC réalise un **appel d'offres sur son site internet**⁵ pour l'acquisition de l'aide technique.

Les engagements des fournisseurs soumettant une offre de prix sont définis :

- au niveau de la « Description de la procédure appliquée sur base de l'article 5 du Règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 », et
- au niveau d'un masque standard à remplir obligatoirement pour la proposition de marché.

Ces documents sont téléchargeables sur le site internet des appels d'offres de l'AEC.

- b) L'AEC décide de la prise en charge sur base d'un devis établi par le fournisseur.

Les aides techniques pour lesquelles un appel d'offres ne peut pas être réalisé - parce que l'offre de prix doit tenir compte du contexte architectural (notamment les élévateurs d'escaliers), de la morphologie du demandeur et des corrections individuelles spécifiques à apporter (les coques et corsets-sièges) ou du type de véhicule choisi (les adaptations de voiture) - sont acquises sur base d'un devis établi par le fournisseur.

⁵ <http://www.secu.lu/ad/at.htm>

Les engagements des fournisseurs soumettant un devis sont définis :

- au niveau de la description des procédures spécifiques pour l'établissement d'une offre de prix pour les élévateurs d'escaliers et les adaptations de voiture ;
- au niveau de masques spécifiques établis par l'AEC pour les élévateurs d'escaliers et les adaptations de voiture.

Ces documents sont téléchargeables sur le site internet des appels d'offres de l'AEC.

Les devis pour coques et corsets-sièges sont actuellement encore établis sur base du masque standard pour les propositions de marché. L'AEC projette de réaliser des entrevues d'échange avec les fournisseurs de coques/corsets-sièges et d'établir par la suite un masque spécifique pour ce type d'aide technique très complexe, en fonction des enseignements tirés.

Par ailleurs, des masques de saisie spécifiques pour mains-courantes/garde-corps, filtres de lumière et sommiers de lit seront à établir au courant de l'année 2020, afin de permettre une meilleure analyse des devis à l'AEC.

c) L'AEC décide de la prise en charge sur base d'un cahier des charges établi par l'ADAPTH

Les demandes pour aides techniques complexes comme par exemple les plateformes élévatrices, les dispositifs de motorisations de portes ou les rampes fixes en métal sont traitées en collaboration avec l'ADAPTH. Un cahier des charges technique est établi par les experts de l'ADAPTH. Les engagements des fournisseurs soumettant une offre de prix doivent répondre aux exigences du cahier des charges établi.

Les divers procédures et masques de saisie pour l'établissement des offres de prix sont modifiés et complétés au fil du temps en fonction des problèmes relevés par l'AEC lors du traitement des demandes.

2 Moyens mis en œuvre pour vérifier les engagements pris par les fournisseurs

Vu le nombre très important d'aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance - près de 43.000 aides techniques ont été prises en charge en 2018⁶- et les moyens en personnel limités de l'unité qualité et contrôle de l'AEC, les démarches suivantes ont été retenues, tout en étant conscient que le concept évoluera au fur et à mesure des expériences acquises et des moyens en personnel disponibles pour s'investir dans la tâche.

2.1 Enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'aides techniques

L'AEC réalise régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires d'aides techniques. Les objectifs poursuivis sont multiples:

Évaluer le niveau de satisfaction des bénéficiaires par rapport à la qualité de l'aide technique :

- Si les aides techniques ne sont que rarement utilisées ou si elles sont perçues comme non-fonctionnelles par les bénéficiaires, l'AEC devra en analyser les raisons et, si nécessaire, modifier les modèles d'aides techniques mis à disposition.
- Si des problèmes techniques avec l'aide technique existent, l'AEC interviendra pour en analyser les raisons.

Évaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services prestés par les fournisseurs et détecter le cas échéant des irrégularités :

Les enquêtes permettent de recueillir des données concernant les engagements pris par les fournisseurs, tels l'installation et le réglage de l'aide technique, l'initiation de l'utilisateur et de son entourage, ou la transmission des consignes d'entretien.

L'AEC projette de réaliser 4 enquêtes de satisfaction par an, dont 2 enquêtes portant sur des aides techniques standards fournies par le SMA et 2 enquêtes sur des aides techniques acquises auprès

⁶ Source : IGSS - Service études et analyses

d'un autre fournisseur.

En 2020, les enquêtes de satisfaction en matière d'aides techniques standards porteront sur les lève-personnes actifs et passifs et les 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-standard, les enquêtes de satisfaction porteront sur les aides optiques pour personnes malvoyantes (enquête téléphonique) et les fauteuils roulants actifs pliables et à cadre fixe.

2.2 Contrôle des délais de livraison

Comme les aides techniques ont un impact important sur l'autonomie de vie du bénéficiaire et/ou la tâche à fournir par la personne aidante, leur livraison dans un délai correct constitue un service important à garantir au bénéficiaire. Par ailleurs, dans certaines situations d'urgence, le délai de livraison constitue le critère déterminant le choix du fournisseur par le référent de l'AEC. Il est donc impératif que le délai de livraison soit respecté.

Une base de données permettant de réaliser l'analyse des délais de livraison des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a été mise en place au courant de l'année 2019 par l'AEC et est fonctionnelle depuis janvier 2020.

Dans l'analyse, il faudra différencier entre le Service Moyens Accessoires et les autres fournisseurs.

En effet, les délais de livraison ne sont pas fixés dans la convention entre le SMA et la CNS datant de 2002. Cependant, l'annexe à la convention élaborée entre le SMA, la CNS et l'AEC en 2019 a permis d'établir un délai de livraison pour chaque aide technique à livrer par le SMA.

Il s'agira donc dans une première étape de déterminer les délais de livraison réels du SMA pour les aides techniques fournies en 2019 et de les comparer avec les délais de livraison ambitionnés dans l'annexe à la convention.

En ce qui concerne les autres fournisseurs, le masque obligatoire à remplir pour toute proposition de marché comprend le délai pour la livraison du matériel.

2.3 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. Bien qu'une enquête de satisfaction menée par l'AEC en 2016 eût permis de conclure à une très grande satisfaction des bénéficiaires, un suivi régulier des installations d'élévateurs d'escaliers s'impose.

2.4 En effet, une analyse réalisée par l'AEC au premier semestre 2019 avait permis de déceler que les délais pour l'organisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé⁷ n'étaient pas respectés par les fournisseurs.

Lors d'entrevues individuelles réalisées avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers en automne 2019, les exigences de l'AEC par rapport à l'organisation de la réception technique de l'élévateur d'escalier par un organisme agréé ont été précisées. Depuis novembre 2019, l'AEC suit de près le respect des consignes par les fournisseurs et entretient un échange régulier avec les firmes.

Par ailleurs, lors de l'enquête de satisfaction concernant les élévateurs d'escaliers réalisée par l'AEC en 2016, des problèmes non-résolus avec l'élévateur d'escalier installé avaient été signalés par 7 des 360 bénéficiaires enquêtés (2%). Il importe à l'AEC de détecter ces non-conformités, avant de donner son autorisation pour le paiement du solde restant.

Pour cette raison, il a été décidé qu'à partir du deuxième semestre 2020, l'AEC se renseignera auprès du bénéficiaire pour savoir si l'élévateur d'escalier installé est fonctionnel avant de donner son autorisation pour le paiement du solde restant. Un questionnaire standardisé a été élaboré par l'AEC pour réaliser cette enquête.

⁷ 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 leur mise en service (...) ».

2.5 Entrevues d'échange avec les fournisseurs

Des entrevues d'échange régulières avec les fournisseurs sont envisagées par l'AEC. Il s'agira entre autre d'analyser les procédures et masques de saisie en vigueur pour la soumission d'une offre de prix et de s'assurer que les engagements à respecter sont suffisamment clairs pour les fournisseurs.

Les premiers entretiens individuels ont eu lieu en automne 2019 avec 9 fournisseurs d'élévateurs d'escaliers. Suite à ces échanges, la procédure et le masque pour l'établissement d'une offre de prix pour élévateur d'escalier ont été modifiés en fonction des connaissances acquises.

Par ailleurs, ces entrevues permettent une discussion concernant les avantages et inconvénients des produits commercialisés par le fournisseur, ainsi qu'une mise à jour de la documentation de l'AEC.

2.6 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC

Suite à des irrégularités signalées par les bénéficiaires dans le cadre des enquêtes de satisfaction ou de plaintes auprès de l'AEC pour prestations non-conformes en matière d'aides techniques, des interventions auprès des fournisseurs ou des analyses sur site par les agents de l'AEC peuvent être nécessaires, afin de remédier à la problématique rencontrée par le bénéficiaire.

Par ailleurs, des contrôles sur site aléatoires par les agents de l'AEC seront à envisager, en fonction des moyens en personnel à disposition.

2.7 Réception d'aides techniques complexes par les professionnels du terrain

Pour les aides techniques complexes - notamment les coques et corsets-sièges ou les fauteuils roulants électriques équipés d'un contrôle de l'environnement - déterminées en collaboration avec le médecin et/ou l'équipe thérapeutique en charge du bénéficiaire, le contrôle de la qualité du matériel fourni et des prestations liées peut être effectué par les professionnels en charge du bénéficiaire.

Lors de l'entrevue commune avec les professionnels et le demandeur, le référent AEC décide si la complexité de l'aide technique requise est telle, qu'une réception par les professionnels en charge du bénéficiaire devra avoir lieu pour contrôler l'adéquation entre l'aide technique livrée et l'aide technique commandée. La liquidation de la facture ne pourra se faire qu'après la réception de l'aide technique.

III. DANS LE CADRE DES ADAPTATIONS DU LOGEMENT

1 Vérifier l'adéquation entre le cahier des charges établi et l'adaptation du logement réalisée

Afin d'assurer au bénéficiaire que l'adaptation du logement correspond à ses besoins spécifiques ainsi qu'aux caractéristiques techniques définies dans le cahier des charges, l'ADAPTH vérifie lors de la réception de chantier que l'aménagement correspond aux exigences établies. Si ce n'est pas le cas, des rectifications doivent être 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 aient été exploitables par l'AEC.

Pour y remédier, l'ADAPTH documente de façon standardisée depuis avril 2019, si des problèmes ont été relevés lors de la réception du chantier et si des rectifications ont dû être apportées par la société.

L'analyse des données recueillies permettra à l'AEC de documenter le contrôle qualité en matière d'adaptations du logement, effectué déjà depuis de longues années au service du bénéficiaire.

2 Vérifier la qualité du matériel fourni et des prestations liées

Des enquêtes de satisfaction systématiques sont réalisées mensuellement auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement depuis juillet 2019. Par ailleurs, l'analyse des différents types d'adaptations après plusieurs années d'utilisation sera mise en œuvre.

2.1 Utilisation d'enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction réalisées par l'AEC dans le cadre du suivi des adaptations du logement auprès des bénéficiaires d'une adaptation du logement visent des objectifs multiples :

- Evaluer le niveau de satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services fournis par l'ADAPTH. Ces données permettront 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 permettront 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 sera 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. Si des solutions sont régulièrement perçues comme non-fonctionnelles par les bénéficiaires, l'ADAPTH devra en analyser les raisons et, si nécessaire, modifier les concepts proposés. Si les adaptations ne sont que rarement utilisées par le bénéficiaire, la pertinence du requis d'une adaptation du logement devra être examinée par l'AEC.

2.2 Analyse des différents types d'adaptations après plusieurs années d'utilisation

Afin de vérifier la longévité et la fonctionnalité des aménagements réalisés, l'AEC projette de réaliser une analyse des différents types d'adaptations du logement prises en charge par l'assurance dépendance, après plusieurs années d'utilisation par le bénéficiaire.

L'AEC envisage de réaliser la vérification d'un type d'adaptation du logement par an et débute ce type de contrôle en 2020 par les adaptations de la salle de bain.

Pour ce faire, l'AEC a mandaté l'ADAPTH du contrôle d'une trentaine d'adaptations de salles de bains. L'ADAPTH vérifiera la longévité et la fonctionnalité de tous les éléments constituant de la salle de bains.

Par ailleurs, les différents aménagements de salles de bains seront analysés par rapport à leur fonctionnalité à long terme et à leur capacité de répondre aux besoins évolutifs du bénéficiaire.

L'analyse des données recueillies par l'ADAPTH sera réalisée par l'AEC au premier semestre 2021.

IV. CONNAISSANCE DES AIDANTS

1 Une identification et un suivi

1.1 Identification de l'aidant

Depuis la réforme de 2018, il est prévu qu'une personne qui participe aux aides et soins de manière régulière, et au moins une fois par semaine peut être retenue, sous certaines conditions, comme aidant.

Cet aidant peut être un professionnel, un proche ou une personne privée.

Il faut que cet aidant soit identifié et évalué pour qu'un remplacement des prestations en nature (aide apportée par un réseau d'aides et de soins) par une prestation en espèces soit possible.

La présence de l'aidant est dès lors 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 seront également évaluées.

L'aidant doit remplir une fiche de renseignements permettant une identification complète.

L'aidant retenu s'engage à assurer les aides et soins prévus dans la synthèse. Sauf changement fondamental des circonstances, la synthèse de prise en charge vaut pour un an au moins (cf. article 366 du CSS alinéa 1).

Grâce aux constats faits par le référent de l'AEC, la personne pourra alors être retenue comme aidant au sens du Code de la sécurité sociale (CSS). Il s'agit d'un engagement officiel.

L'aidant est connu et reconnu pour son intervention, et la synthèse de prise en charge en tiendra compte, en proposant notamment des mesures de répit et de soutien.

Enfin, 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) peut être 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 afin de reconnaître l'aide fournie par l'aidant (cf. article 354 du CSS).

C'est le référent de l'AEC qui détermine si l'aidant est capable de réaliser seul tous les aides et soins ou s'il doit se faire assister par un réseau d'aides et de soins (RAS).

Si l'intervention d'un RAS est nécessaire, il incombe au référent de l'AEC de se prononcer sur la répartition des aides et soins requis afin de garantir la meilleure prise en charge possible.

L'application de l'article 367 du Code de la sécurité sociale devrait être rendue plus accessible par ce suivi, en vue de la restitution des prestations en cas de fraude, de même que la reconnaissance de cas de maltraitance des personnes âgées et fragilisées. L'AEC s'assure ainsi de l'absence de négligence en vérifiant par exemple que la personne dépendante ne souffre pas de déshydratation ou de dénutrition, qu'elle ne présente pas d'escarres ou une hygiène déficiente.

1.2 Suivi de l'aidant : lors des réévaluations

Dans le cadre de chaque réévaluation, l'AEC recense un certain nombre de données qui permettent de suivre l'aidant et de savoir pourquoi, le cas échéant, son intervention a évolué.

La réforme de 2018 a donc introduit, comme expliqué plus haut, un engagement formel de la personne dépendante, qui signe une fiche de renseignement et déclare par là-même que la personne identifiée nommément est son aidant. De son côté, l'aidant contresigne en déclarant fournir intégralement ou partiellement les aides et soins prévus dans la synthèse à la personne dépendante.

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.

Le bénéficiaire des aides et soins et son aidant signent une nouvelle fois en guise de conclusion de la réévaluation une fiche de renseignements concernant l'aidant.

On sait que - au vu de la répartition des aidants évalués depuis l'entrée en vigueur de la réforme de l'assurance dépendance par groupe d'âge et de sexe en 2018⁸ - que 46,7% des aidants sont âgés de plus de 60 ans. Leur état de santé peut donc varier dans le temps et interférer sur leurs capacités à être aidant.

D'un autre côté les 53,3% d'aidants restants sont des personnes entre 20 et 60 ans. Ce sont donc des personnes potentiellement dans la vie active, voire des personnes qui ont des charges familiales ou qui s'occupent déjà d'une autre personne dépendante.

Pour toutes ces raisons, lors de chaque réévaluation, le référent de l'AEC réévalue les capacités et disponibilités de l'aidant, conformément l'article 350 §7 du CSS.

Une réévaluation peut avoir trois conséquences au niveau de la synthèse :

- soit le besoin en aides et soins dans les actes essentiels de la vie reste identique lors d'une réévaluation ;
- soit le requis augmente et l'on attribue à l'assuré un niveau de besoins hebdomadaire en aides et soins plus élevé ;
- soit il se peut également que le besoin en aides et soins de l'assuré diminue - si par exemple son état fonctionnel s'est amélioré depuis la précédente évaluation suite à une rééducation fonctionnelle intensive.

Indépendamment de la variation du requis global d'une évaluation à une autre, la répartition de l'exécution des prestations peut bien entendu également varier lors d'une réévaluation.

L'aidant peut continuer à fournir le même niveau d'aide, ou bien il peut augmenter ou diminuer son investissement dans les actes essentiels de la vie.

Les raisons d'une telle variation peuvent être diverses :

- L'AEC peut estimer que l'investissement de l'aidant varie car il est plus ou moins disponible pour la prise en charge de la personne dépendante (il a (re)trouvé du travail et est moins disponible, il a pris sa retraite et est davantage disponible, il a emménagé chez la personne dépendante et est davantage disponible, il a déménagé loin du domicile de la personne dépendante et est moins disponible).
- Il peut arriver que l'aidant devienne lui-même dépendant : dans ce cas de figure, il n'est plus éligible comme aidant en vertu de l'article 350 §7 CSS (« *Une tierce personne ne peut pas être retenue comme aidant si elle se voit attribuer un des niveaux hebdomadaires de besoins en aides et soins visés à l'article 350, paragraphe 3 du Code de la sécurité sociale à titre personnel.* »). L'AEC retient alors, dans le cadre de la réévaluation, soit un autre aidant, soit prévoit l'exécution de l'intégralité de la synthèse par le prestataire d'aides et de soins.
- Indépendamment de ses capacités et disponibilités, il peut s'agir d'un choix personnel de l'aidant, pour des raisons qui lui appartiennent. Il décide de s'investir plus ou moins dans la prise en charge de la personne dépendante.
- Enfin, la personne dépendante a bien entendu son mot à dire dans sa propre prise en charge et elle peut désirer - si cela est compatible avec les capacités et disponibilités de l'aidant - une augmentation de son intervention, voire une diminution si elle désire à la place des interventions plus fréquentes de son prestataire.

1.3 Suivi de l'aidant : via les proches et les prestataires

L'aidant est, comme il a déjà été dit plus haut, soit une personne de l'entourage de la personne dépendante, soit une personne employée contractuellement par la personne dépendante, sans que

⁸ Rapport général de la Sécurité sociale 2019

ce soit une personne d'un réseau d'aides et de soins.

C'est évidemment en premier lieu à la personne dépendante elle-même d'assurer en quelque sorte le « suivi » de son aidant. Or, si l'on regarde les pathologies présentées par les personnes dépendantes, on est en présence d'une population fragilisée qui n'est souvent pas en mesure d'assumer une telle tâche, voire-même elle ne se rend pas compte des défaillances éventuelles de son aidant.

Dans ce cas de figure, c'est également l'entourage de la personne dépendante qui peut être responsabilisé.

Ce n'est donc pas sans raison que le législateur a prévu (art. 366 §1, alinéa 5 CSS) qu'une réévaluation peut être déclenchée également « À la demande motivée de la personne dépendante, **par des membres de sa famille** ».

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.* »).

Le prestataire signale à la CNS l'indisponibilité de l'aidant selon les termes repris dans la convention cadre⁹ 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.

Il est bien entendu que l'AEC réévaluera 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.

Enfin, certaines situations problématiques peuvent aussi être détectées par le biais du système de gestion des plaintes qui existe au niveau de l'AEC. Des doléances concernant la prise en charge par l'aidant peuvent être recueillies par ce moyen et être l'élément déclencheur d'une réévaluation permettant une nouvelle appréciation de la globalité de la situation, y compris en l'occurrence les capacités et disponibilités de l'aidant.

2 Les mesures en faveur de l'aidant

Dans le cadre de la réforme, le législateur a prévu de renforcer les mesures ou de créer des nouvelles prestations qui visent à encadrer et à soutenir l'autonomie restante de la personne dépendante mais qui contribuent aussi à soutenir l'aidant dans son rôle.

L'AEC a donc aussi la mission de s'assurer que la « charge » représentée par l'intervention dans les aides et soins de la personne dépendante n'impacte pas trop négativement sur la santé et le quotidien de l'aidant.

2.1 Les différentes gardes

Outre les besoins en aides et soins dans les domaines des AEV, il est prévu que l'AEC évalue les besoins **en activités de gardes** de la personne dépendante.

Les gardes poursuivent l'objectif de protéger une personne dépendante présentant des troubles cognitifs ou psychiques, notamment en cas de démence, et de prévenir un surmenage de l'entourage de la personne dépendante, en particulier de son aidant. Compte tenu des objectifs poursuivis par ces activités, les gardes en groupe ne sont pas cumulables avec les gardes individuelles.

⁹ Convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l. ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins.

De par son objectif, l'activité de garde individuelle est réservée dans le cadre de la réforme de 2018 aux bénéficiaires résidant dans leur domicile habituel.

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. En vue de garantir un encadrement dépassant les 8 heures par jour, 5 jours par semaine en centre semi-stationnaire, la prise en charge des activités spécialisées d'appui à l'indépendance (5 heures par semaine en individuel) est couplée à la prise en charge de l'activité non-spécialisée de la garde en groupe (40 heures par 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.

Notons ensuite que le législateur a introduit, par la loi du 10.08.2018, des amendements au CSS. Il a ainsi été prévu un deuxième forfait de garde en groupe, correspondant à 56 heures par semaine (donc à 7 jours par semaine) « *dans le cas de besoin d'un encadrement spécifique et personnalisé de la personne dépendante nécessitant une surveillance soutenue.* » Cette loi a par ailleurs précisé les conditions de « substitution » d'une activité de garde en groupe par une activité de garde individuelle et inversement.

Le nouvel article 353 § 2 CSS dispose donc concernant les gardes individuelles que : « *L'activité peut être partiellement prestée en groupe en centre semi-stationnaire jusqu'à hauteur de 50 pour cent de la durée maximale annuelle non-augmentée, le quart de la durée prestée en groupe étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale* » et concernant les gardes en groupe que « *L'activité peut être partiellement prestée de façon individuelle au domicile jusqu'à hauteur de 50 pour cent de la durée maximale annuelle non augmentée ou en déplacement à l'extérieur jusqu'à hauteur de quatre heures par semaine, le quadruple de la durée prestée en individuel étant comptabilisé dans la détermination de la durée maximale* ».

Cette possibilité de substitution, qui était auparavant réglée au niveau conventionnel par la *Convention-cadre*¹⁰ a été consacrée au niveau légal par les amendements d'août 2018 dans le Code de la sécurité sociale. À titre d'illustration, une personne qui dispose de 40 heures par semaine de gardes en groupe peut par exemple tomber malade, et ne pas pouvoir (ou ne pas devoir si elle est atteinte d'une pathologie contagieuse) fréquenter un centre de jour pendant quelque temps. Dans ce cas de figure, l'assuré peut - d'un commun accord avec son prestataire - se faire prester cette garde en groupe sous forme de garde individuelle à son domicile, dans les limites prévues par le CSS.

Soulignons enfin la disposition qui prévoit de convertir **la garde en groupe en « déplacement à l'extérieur jusqu'à hauteur de quatre heures par semaine »**. Concrètement, l'assuré qui dispose d'un requis de garde en groupe peut remplacer cette garde en groupe par une activité où il est accompagné par une personne d'un réseau d'aides et de soins lors d'un déplacement à l'extérieur de son domicile. Cette disposition souligne d'une part évidemment la prise en compte du souhait de l'assuré, qui demeure l'acteur principal de sa prise en charge : il ne saurait en effet être question de le contraindre à la fréquentation d'un centre de jour si telle n'est pas son souhait. D'autre part, elle contribue à contrer son isolement social en lui permettant de sortir, alors que tout seul il n'en serait plus capable. Combattre l'isolement social de la personne dépendante était également un des objectifs qui a guidé le législateur lors de l'élaboration de la réforme de 2018. Enfin, ce « déplacement à l'extérieur » peut bien entendu aussi contribuer à soulager l'aidant.

À ces différentes « gardes » peuvent également s'ajouter des **gardes de nuit qui n'existaient pas avant la réforme de 2018** en tant que prestation à proprement parler de l'assurance dépendance.

¹⁰ Convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l. ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins.

Ces gardes de nuit consistent en une surveillance durant la nuit d'une personne dépendante à son domicile nécessitant la présence d'une tierce personne vingt-quatre heures sur vingt-quatre. La garde de nuit permet un remplacement de l'aidant en cas d'absence momentanée, absence due à un besoin de répit, suite à son hospitalisation ou à une indisponibilité définitive.

2.2 Les activités d'assistance à l'entretien du ménage

Les activités d'assistance à l'entretien du ménage de la personne dépendante visées à l'article 350, paragraphe 6, sont prises en charge de manière forfaitaire à concurrence de trois heures par semaine: elles peuvent être vues comme une mesure de soutien à l'aidant dans la mesure où un réseau d'aides et soins peut assurer cette activité.

2.3 Prise en charge des cotisations pour l'assurance pension

Une personne dépendante peut demander la prise en charge des cotisations pour l'assurance pension de son aidant par l'assurance dépendance si celui-ci « ne bénéficie pas d'une pension personnelle (article 355, du CSS) ». Ce droit est limité à une personne. La cotisation est calculée sur base du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins.

2.4 Formation de l'aidant

La formation de l'aidant vise à conseiller et à rendre compétent l'aidant pour l'exécution des aides et soins à fournir à la personne dépendante dans les domaines des actes essentiels de la vie en lui transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Cette formation peut être prise en charge à raison de maximum six heures par an.

La formation de l'aidant, prestée en individuel ou en groupe, est planifiée et structurée et répond aux besoins spécifiques de l'aidant. Cette disposition de la réforme de 2018 constitue une amélioration incontestable par rapport à l'acte « conseil entourage », qui existait auparavant. Cette prestation était en effet ponctuelle et non renouvelable, alors que depuis 2018, l'aidant peut profiter tous les ans du forfait de 6 heures de formation.

2.5 Formation aux aides techniques

La formation aux aides techniques vise à conseiller et à rendre compétent la personne ou **son aidant** pour l'utilisation des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance à domicile, en leur transmettant les techniques et le savoir nécessaire. Cette formation peut être prise en charge à raison de 2 heures par an

Ces deux prestations, à savoir la formation à l'aidant ou la formation aux aides techniques, seront accordées si le référent constate au moment de l'évaluation par exemple que l'aidant nécessite de renforcer son savoir sur la pathologie présentée par la personne dépendante, les conséquences de celle-ci et la façon de gérer certaines situations liées à la pathologie de la personne dépendante. Ces formations peuvent aussi permettre d'améliorer les capacités de l'aidant à prendre en charge la personne dépendante selon les règles de l'art.

C. LES RÉSULTATS

C. LES RÉSULTATS

I. RÉSULTATS CONCERNANT LES AIDES ET SOINS

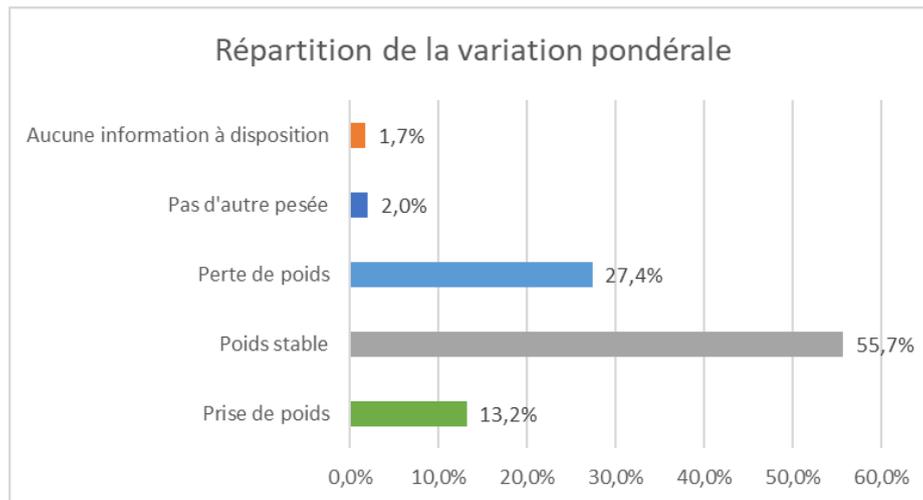
1 Suivi des différents indicateurs

1.1 Poids – suivi nutritionnel

1.1.1 Informations recueillies par les référents lors des évaluations

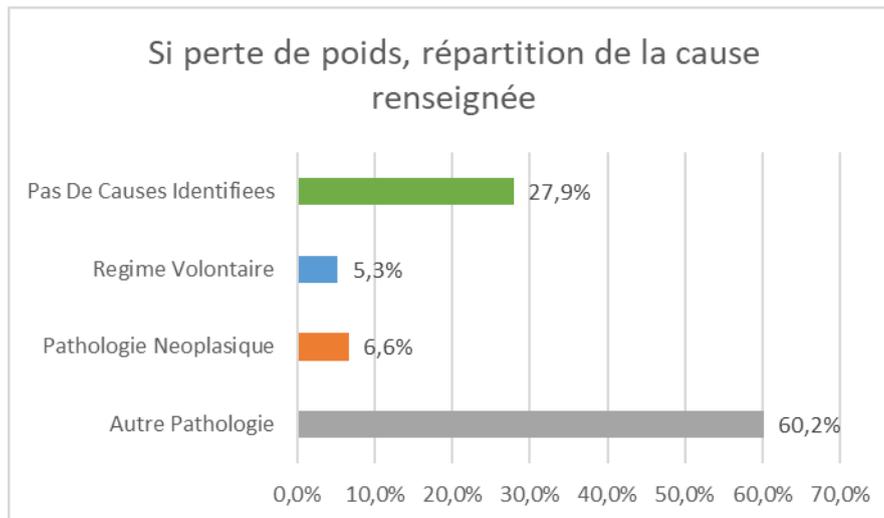
Les résultats de cette partie sont issus des données recueillies lors des évaluations effectuées entre le 01.09.2019 et le 29.02.2020 (2.687 synthèses transférées).

▪ Variation du poids sur les six derniers mois



Les résultats montrent que les bénéficiaires maintiennent majoritairement un poids stable, à hauteur de 55,7%. En revanche, 27,4% des bénéficiaires ont perdu du poids les six derniers mois. Seulement 13,2% ont pris du poids. Selon nos données collectées, pour uniquement 2% des bénéficiaires, aucune pesée n'avait été effectuée endéans les six derniers mois.

- **Les raisons de la perte de poids**

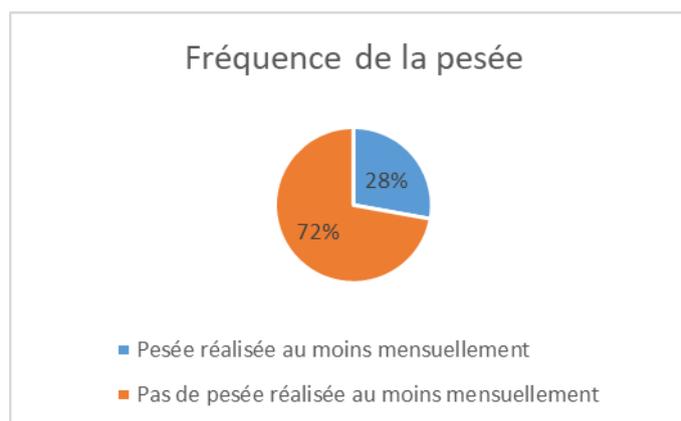


Ce tableau représente les causes de la perte de poids des 27,4% de bénéficiaires qui ont perdu du poids les six derniers mois. La pathologie néoplasique constitue un motif de perte de poids pour 6,6% des personnes dépendantes. Le régime volontaire à hauteur de 5,3% est une autre cause relevée.

Pour 27,9% des bénéficiaires, aucune cause pouvant expliquer la perte de poids n'a pu être identifiée.

La raison principale de la perte de poids concerne donc une pathologie autre que la pathologie néoplasique ou le régime volontaire. La surreprésentation de la cause « Autre pathologie » devra être analysée. En effet, il convient de voir dans quelle mesure on pourrait ventiler cette rubrique en de nouvelles sous-catégories afin d'affiner les modalités de recueil pour permettre une meilleure interprétation des informations recensées.

- **Fréquence de la pesée**



La pesée de 28% des bénéficiaires se réalise au moins mensuellement. Cela signifie que la pesée peut être suivie soit de manière mensuelle, hebdomadaire, ou bien bihebdomadaire. Cependant, ces données recueillies lors de la période considérée par les référents dans le cadre de leurs évaluations montrent qu'une pesée mensuelle n'est pas la norme.

Ces données ne font pas la différence entre l'intervention d'un prestataire d'aides et de soins et une prise en charge à domicile uniquement par un aidant.

1.1.2 Informations recueillies lors du contrôle de la documentation

Lors de contrôles de documentation, l'UQC a identifié que le suivi du poids est mesuré au moins mensuellement **pour 72% des dossiers contrôlés (cf. partie 1.6.2).**

Ce résultat diffère de celui relevé par les référents, qui était, pour mémoire, uniquement de 28% de pesée effectuée au moins mensuellement.

Il conviendra de voir si le mode de recensement à disposition des référents, dans leur questionnaire, est bien cohérent pour éviter qu'une information qui n'a pas été relevée soit interprétée comme une réponse négative, au moment de l'extraction. De plus, il faut remarquer que le contrôle de documentation s'est effectué sur un nombre limité de prestataires (16), alors que les référents ont enregistré l'information liée au poids pour un nombre plus large de prestataires. Cette différence de résultat fera l'objet d'une analyse plus approfondie.

La perte de poids supérieure à 10% n'a pas été renseignée par l'UQC en tant que telle lors des contrôles effectués dans son outil de contrôle.

1.1.3 Conclusions « Poids - suivi nutritionnel »

Le suivi des poids des personnes dépendantes, de façon régulière et au moins mensuellement n'est pas une réalité dans l'ensemble du secteur. Les prestataires devront faire un effort afin d'effectuer ce suivi, plutôt simple, qui relève d'une organisation et d'une rigueur à maintenir.

1.2 Escarres

Pour ce recensement, l'AEC a sollicité 117 structures et services de soins à domicile différents : ils devaient tous transmettre les informations demandées correspondant à un relevé effectué le 21 janvier 2020

Parmi les 117 organismes contactés, 110 ont répondu et 7 n'ont pas fourni les informations demandées, pourtant obligatoires. Un rappel sera fait à ces non-répondants afin qu'ils se soumettent à leurs obligations légales. Un organisme a fourni des résultats incohérents. Un retour vers cet organisme sera nécessaire pour s'assurer de la compréhension de la méthode de recensement, comprendre ses difficultés et s'assurer de la cohérence de son recensement pour le prochain recensement prévu au 2^{ième} semestre 2020.

Les résultats seront présentés par type de structure c.-à-d. les maisons de soins (MdS), les centres intégrés pour personnes âgées (CIPA), les réseaux d'aides et soins (RAS), les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI) et des centres semi-stationnaires (CSST).

1.2.1 Résultats pour l'ensemble des prestataires

- **Général : Taux d'escarres en moyenne (moyenne sur les CIPA, MdS, RAS et ESI)**

Moyenne générale taux escarres total	4,2%
--------------------------------------	------

Moyenne taux escarres stade 1 total prestataires	22,7%
Moyenne taux escarres stade 2 total prestataires	45,1%
Moyenne taux escarres stade 3 total prestataires	19,7%
Moyenne taux escarres stade 4 total prestataires	12,5%

- **Général : Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge (Moyenne sur les CIPA, MDS, RAS et ESI)**

Moyenne taux escarres liées prise en charge total prestataires	60%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge total prestataires	40%

1.2.2 Résultats des centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

- **Taux d'escarres par type**

Nb de CIPA sollicités	31
Nb de CIPA ayant répondu	29

Moyenne taux d'escarres général en CIPA	4%
Moyenne taux escarres stade 1 en CIPA	24%
Moyenne taux escarres stade 2 en CIPA	42%
Moyenne taux escarres stade 3 en CIPA	23%
Moyenne taux escarres stade 4 en CIPA	11%

- **Taux d'escarres en CIPA en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge**

Moyenne taux escarres liées prise en charge CIPA	74%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge CIPA	26%

1.2.3 Résultats des maisons de soins (MdS)

▪ Taux d'escarres par type

Nombre de MdS sollicités	21
Nombre de MdS ayant répondu	20

Moyenne taux d'escarres général en MdS	4%
Moyenne taux escarres stade 1 en MdS	14%
Moyenne taux escarres stade 2 en MdS	49%
Moyenne taux escarres stade 3 en MdS	27%
Moyenne taux escarres stade 4 en MdS	10%

▪ Taux d'escarres en MdS en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge

Moyenne taux escarres liées prise en charge	62%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge	38%

1.2.4 Résultats des réseaux d'aide et soins (RAS)

▪ Taux d'escarres par type

Nb de RAS sollicités	20
Nb de RAS ayant répondu	19

Moyenne taux d'escarres général auprès RAS	3%
Moyenne taux escarres stade 1 auprès RAS	16%
Moyenne taux escarres stade 2 auprès RAS	35%
Moyenne taux escarres stade 3 auprès RAS	19%
Moyenne taux escarres stade 4 auprès RAS	30%

▪ Taux d'escarres en RAS en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge

Moyenne taux escarres liées prise en charge RAS	36%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge RAS	64%

1.2.5 Résultats des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI)

▪ Taux d'escarres par type

Nombre d'ESI sollicités	41
Nombre d'ESI ayant répondu	38

Moyenne taux d'escarres général en ESI	6%
Moyenne taux escarres stade 1 en ESI	37%
Moyenne taux escarres stade 2 en ESI	54%
Moyenne taux escarres stade 3 en ESI	9%
Moyenne taux escarres stade 4 en ESI	0%

▪ Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge

Moyenne taux escarres liées prise en charge par ESI	67%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge par ESI	33%

1.2.6 Résultats des centres semi-stationnaires (CSST)

▪ Taux d'escarres par type

Nombre de CSST sollicités	4
Nombre de CSST ayant répondu	4

Moyenne taux d'escarres général en CSST	0%
---	----

▪ Taux d'escarres en fonction de la provenance : liées ou non liées à la prise en charge

Moyenne taux escarres liées prise en charge CSST	0%
Moyenne taux escarres non liées prise en charge CSST	0%

1.2.7 Conclusions « Escarres »

Les résultats présentés sont les résultats moyens par type de structure.

Le taux d'escarres moyen varie en fonction des structures : 6% en ESI, 3% en RAS et 4% dans les établissements à séjour continu (CIPA et Mds). Aucune escarre n'a été recensée par les CSST le jour du recueil.

En terme de gravité de l'escarre, si les ESI présentent le taux de prévalence le plus important, aucune escarre de stade 4 n'y était recensée le jour du recueil, alors que le taux de prévalence des escarres de stade 4 en RAS (30%) est presque le triple du taux observé en CIPA (11%) et Mds (10%).

Ces différences de taux de prévalence peuvent être expliquées par le type de population prise en charge, entre des personnes plus mobiles en établissement à séjour continu et des personnes uniquement en fauteuil dans les ESI.

Des comparaisons avec d'autres pays peuvent donner des indications sur les résultats présentés par le secteur des soins de longue durée au Luxembourg. Cependant, ce type de comparaison est difficile, voire peut se montrer inexact si les données ne sont pas recensées de la même manière. De plus, il convient de noter que souvent, les autres pays ne « mélangent » pas les différents types de structures en séparant souvent distinctement les structures liées aux grand âge et les structures liées au handicap ainsi que les structures plus ambulatoires.

À titre d'exemple, on citera tout de même certains résultats tout en se rappelant les réserves émises ci-dessus.

En Allemagne, une étude de Klein et al. de 2005 ¹¹ mentionne une prévalence de 4,38% en établissement à séjour continu (n=1.244) et en 2017, le taux de prévalence totale des escarres en établissement à séjour continue en Autriche s'élevait à 5,9%.¹²

En France, une étude de la prévalence des escarres en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), en Bretagne¹³, en 2014, montre une prévalence de 5,73 %. Les escarres prédominent sur les talons et le sacrum avec 41 % de stade 1.

Au niveau national français, le programme dénommé « PRIAM », visant à recenser la prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et portant sur 44.895 résidents et 599 EHPAD, a montré que 4,6 % des résidents étaient porteurs d'escarres.¹⁴

Avant de nous comparer à nos voisins et en tenant compte des réserves émises, il faudra regarder la variabilité des résultats d'un prestataire à un autre dans les différents types de structure et discuter des résultats, mais aussi des différentes approches. Les résultats seront analysés avec les prestataires. L'UQC souhaite communiquer aux prestataires leurs résultats accompagnés de la moyenne nationale de leur secteur.

Le profil des personnes prises en charge, mobiles ou grabataires, les niveaux de dépendance, les pathologies sont autant de facteurs qui expliquent et peuvent nuancer ces résultats, mais qui ne sont pas recensés ici, mais ces réflexions seront partagées avec les prestataires pour le futur recensement.

Enfin, quid de la prévention du risque d'escarres ? Être en mesure d'identifier la présence des escarres et leurs stades est un des éléments de la politique de gestion des escarres. Celle-ci doit en effet inclure la prévention des escarres. L'indicateur recensant la prévalence des escarres est à compléter par la connaissance des politiques de prévention mises en œuvre. Quid de la politique de prévention des escarres chez les prestataires présentant les taux les plus élevés ? Dans ce contexte de prévention, on pourrait se poser la question de la pertinence de « croisements » avec l'acte « AEVM-C-ES (Compléments pour risque d'escarres) ».

11 Klein et al, 2005, Fachhochschule Osnabrück University of Applied Sciences, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) Literaturstudie zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, S.4

12 Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Bericht Pflegequalitätserhebung 2.0 Österreich, 2017, Dekubitusprävalenz, S.41, https://pfliegewissenschaft.medunigraz.at/fileadmin/institute-oes/pfliegewissenschaft/dokumente_forschung/LPZ_2017_web.pdf

13 Elsevier Masson SAS, Étude de la prévalence des escarres en EHPAD en Bretagne ,2014

14 Enquête PRIAM – prévalence des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,

K. Chami, G. Gavazzi, F. Piette, B. de Wazieres, B. Lejeune, M. Rothan-Tondeur, Observatoire du risque infectieux en gériatrie, Inserm UMR707, France Source : Revue Francophone de Cicatrisation, Épidémiologie des escarres en France, Volume 1, Issue 3, July–September 2017, Pages 10-14

Si la gravité des escarres est peut-être la moins importante dans les ESI alors que la prévalence y est la plus élevée, cela pourrait être attribué à une politique visant à mettre en place des mobilisations fréquentes chez une population qui peut avoir perdu toute mobilité et présentant de nombreux troubles et pathologiques associés.

La prévalence moyenne des escarres à domicile (RAS) est moins importante que celles des ESC (MdS et CIPA), en raison, peut-être des niveaux de dépendance, souvent moins élevés à domicile.

Ces hypothèses et croisements d'informations seront à approfondir sur base des données récoltées lors de ce premier recensement, mais aussi, le cas échéant, seront à conforter et approfondir avec les recensements suivants qui amèneront un autre niveau de détail.

Enfin, on pourra compléter, même très partiellement, ces résultats avec les résultats relevés lors des contrôles de la documentation (cf. 1.6.2) de cette partie C. Ces derniers montrent que l'utilisation d'une échelle validée et adaptée à la population prise en charge pour évaluer le risque d'escarres est effective dans 75% des cas dont la documentation a été contrôlée.

Concernant la provenance des escarres, les escarres non liées à la prise en charge sont plus nombreuses dans les RAS que dans les ESC ou ESI. Cette différence pourrait s'expliquer par le type de population prise en charge ou par le fait que les réseaux d'aides et de soins sont souvent ceux qui interviennent en premier chez les bénéficiaires d'aides et de soins, souvent suite à une hospitalisation liée à une dégradation de l'état de santé.

Au sein des établissements à séjour continu, on remarque que les escarres non liées à la prise en charge sont plus importantes dans les MdS (38%) que dans les CIPA (26%). Y-a-t-il un lien avec le niveau de dépendance, étant normalement plus élevé en MdS ? Les personnes dépendantes en MdS sont-elles plus fréquemment hospitalisées que celles en CIPA, avec une dégradation de leur état cutané à la sortie de leur séjour hospitalier ? Ces escarres non liées à la prise en charge se sont-elles plutôt développées chez des personnes qui viennent d'entrer en MdS après une dégradation importante à domicile (en présence d'un prestataire ou non) ? Des pathologies, plus fréquentes, plus lourdes ont-elles une influence notamment avec une perte de mobilité ou des troubles nutritionnels plus importants ?

À nouveau, afin de compléter ce premier recensement, il sera pertinent d'envisager de confronter les hypothèses et de procéder à des croisements de données à disposition, notamment via les autres indicateurs, les prestations accordées dans les synthèses de prise en charge, les niveaux de dépendance et les discussions avec les prestataires.

Pour conclure, on précisera qu'un des objectifs du recensement de cet indicateur était de stimuler chez tous les prestataires le recensement des escarres certes, mais aussi leur classification par stade.

Hormis une exception, tous les prestataires ayant répondu ont été en mesure de dire quels étaient les différents stades des escarres identifiées le jour du recensement, démontrant les efforts fournis pour identifier et enregistrer cette information.

De plus, l'indicateur tel qu'il est construit oblige les prestataires à évaluer l'état cutané et donc la présence d'escarres le cas échéant, avant et après transfert et/ou en début de prise en charge.

C'est la première fois que ce type de donnée est collectée au niveau national.

Avant le second recensement, qui doit être réalisé au second semestre 2020, il appartiendra au groupe de travail d'analyser plus en détail ces résultats, les écarts et les explications qui ont été fournies par les prestataires, pour, le cas échéant, les guider ou préciser certaines consignes ou compléter l'indicateur si nécessaire.

1.3 Chutes

Pour ce recensement, l'AEC a sollicité 117 structures et services de soins à domicile différents afin qu'ils recensent le nombre personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, ayant chuté au cours de l'année 2019.

Les résultats seront présentés par type de structures, c.-à-d. les Maisons de Soins (Mds), les centres intégrés pour personnes âgées (CIPA), les réseaux d'aides et soins (RAS), les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI) et des Centres semi-stationnaires (CSST).

1.3.1 Résultats globaux pour l'année 2019, tout type de structure confondu

Nombre total des chutes recensées par les prestataires des personnes dépendantes prises en charge en 2019	14.645
Nombre total de personnes dépendantes pris en charge par les prestataires en 2019	13.689
Nombre de chutes par personne dépendante	1,07
Min. nombre des chutes par personne dépendante	0
Max. nombre des chutes par personne dépendante	2

On remarquera que le nombre total de personnes dépendantes prises en charge excède, dans l'absolu, le nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance au 30 septembre 2019 à savoir 14.709 (Source : CNS DWH). Cela est le résultat du comptage de chaque personne dépendante prise en charge au moins un jour par an par un prestataire donné, pendant l'année 2019. Ainsi, une personne dépendante prise en charge uniquement 1 mois par un prestataire, et ensuite le reste de l'année par un autre, sera comptabilisée chez chaque prestataire. Elle apparaîtra alors 2 fois. Ce total prend également en compte les personnes qui sont décédées au moment où le nombre de bénéficiaires global est établi, mais qui ont été prises en charge pour au moins un jour chez un prestataire, pendant l'année 2019.

1.3.2 Résultats des centres intégrés pour personnes âgées (CIPA)

Nombre de CIPA sollicités	31
Nombre de CIPA ayant répondu	29
Nombre total de chutes en CIPA en 2019	6.675
Nombre total de personnes dépendantes prises en charge CIPA (cumul fournit par les prestataires) en 2019	3.406
Nombre moyen de chutes par personne dépendante en CIPA 2019	1,96
Min. nombre chutes recensées par personne dans un CIPA (moyenne)	0,6
Max. nombre chutes recensées par personne dans un CIPA (moyenne)	4,5

1.3.3 Résultats des maisons de soins (MdS)

Nombre de MdS sollicitées	21
Nombre de MdS ayant répondu	21
Nombre total de chutes en MdS	5.049
Nombre total des personnes dépendantes pris en charge en MdS (cumul fourni par les prestataires) en 2019	2.597
Nombre moyen de chutes par personne dépendante en MdS	1,94
Min nombre chutes recensées par personne dans MdS	0,6
Max nombre chutes recensées par personne dans MdS	3,4

1.3.4 Résultats des réseaux d'aide et de soins (RAS)

Nombre de RAS sollicités	20
Nombre de RAS ayant répondu	18
Nombre total de chutes en RAS	2.383
Nombre total des personnes dépendantes pris en charge par un RAS (cumul fourni par les prestataires) en 2019	6.736
Nombre moyen de chutes par personne dépendante	0,35
Min nombre chutes recensées par personne dans un RAS	0
Max nombre chutes recensées par personne dans un RAS	2

1.3.5 Résultats des établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (ESI)

Nombre d'ESI sollicités	41
ESI ayant répondu	38
Nombre total chutes en ESI	520
Nombre total des personnes dépendantes pris en charge en ESI	661
Nombre moyen de chutes par personne dépendante en ESI	0,79
Min. nombre chutes recensées par personne dans un ESI	0
Max. nombre chutes recensées par personne dans un ESI	4,71

1.3.6 Résultats des centres semi-stationnaires (CSST)

CSST en total	4
CSST répondus	3
CSST non répondus	1

Nombre total chutes en CSST	18
Nombre total des personnes dépendantes pris en charge en CSST	289
Nombre de chutes par personne dépendante	0,06
Min nombre chutes recensées par personne dans un CSST	0
Max nombre chutes recensées par personne dans un CSST	0,06

1.3.7 Conclusions « Chutes »

Il s'agit du premier recueil de ce type de données au niveau national.

On remarque que la prévalence moyenne des chutes 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 ESC, on constate que le nombre de chutes est quasi identique dans les CIPA et les MdS. On aurait pu s'attendre à une différence plus marquée dans le sens où les personnes en CIPA ont généralement un niveau de dépendance moins élevée qu'en MdS, et peuvent être plus mobiles, présentant alors potentiellement un risque de chute plus élevé.

Le recensement à domicile présente quant à lui le taux le plus bas, alors qu'on pourrait penser que les personnes dépendantes à domicile, plus mobiles, dans un environnement parfois moins sécurisé ou adapté qu'en établissement seraient plus à même de chuter. Si les données fournies par les prestataires reflètent la réalité de leur recensement, on peut se demander si toutes les chutes à

domicile sont réellement recensées. En effet, le prestataire ne peut que recenser les chutes dont il est témoin ou qui lui sont rapportées.

Ces interrogations et les possibilités de croisement d'informations, notamment avec les actes « transfert » et « déplacement » accordées dans un but de prévention des chutes au niveau de la synthèse de prise en charge, seront à approfondir sur base des données récoltées lors de ce premier recensement, mais aussi, le cas échéant, seront à conforter et approfondir avec les recensements suivants qui amèneront un autre niveau de détail.

On remarque enfin des écarts parfois importants entre le nombre minimum et nombre maximum de chutes recensées par type de structure, influençant ainsi les taux de prévalence.

L'UQC souhaite communiquer aux prestataires leurs résultats accompagnés de la moyenne nationale de leur secteur. D'une part, cela permettra à chaque prestataire de voir où ses résultats individuels se situent. D'autre part, cela va lui permettre de s'interroger sur son positionnement et sa politique en matière de prévention des chutes.

En effet, le comptage du nombre de chutes n'est pas la panacée pour qualifier et suivre les chutes puisque dans ce recensement, on ne qualifie pas l'impact de la chute ou sa gravité.

Une chute ayant uniquement entraîné une contusion, mais sans hospitalisation, sans fracture, sans séquelles physiques n'est évidemment pas directement comparable avec une chute grave avec fracture, pouvant potentiellement entraîner une perte de mobilité importante pouvant quant à elle conduire à la grabatisation.

De plus, le prestataire, dans le cadre de ce suivi des chutes, s'interrogera sur les circonstances dans lesquelles la personne aura chuté : plutôt pendant un transfert du lit vers le fauteuil ? pendant la marche ? plus particulièrement le matin ? le soir ? A quel endroit la personne a-t-elle chuté ? salle de bains ? près de son lit ? dans la pièce commune ?

Toutes ces questions sont autant d'éléments pour guider les actions à mettre en œuvre dans le cadre du suivi de la chute et de la prévention de la récurrence. Enfin, il convient de ne pas négliger le fait que la peur de rechuter peut générer de l'appréhension, amenant parfois à un repli sur soi et/ou un renoncement à effectuer certains actes de la vie courante, en particulier à se déplacer.

Concernant les « rechuteurs », la chute qui suit la première chute fera l'objet de la seconde partie de l'indicateur.

En effet, le suivi des chutes se fait en deux parties : le comptage et la prévalence des chutes dont les résultats sont présentés dans cette partie et l'identification d'une rechute. Cette identification fera l'objet d'un suivi, dont les modalités seront construites avec le groupe de travail (cf. partie B. Concept 1.2.3 Particularités de l'indicateur « chutes »).

Même si les comparaisons avec certains de nos voisins ne sont pas toujours aisées en raison des différences liées aux modalités de recensement, au type de structures, ou à la typologie des personnes prises en charge, on se permettra de mettre en évidence quelques éléments de référence ci-après :

Selon une étude dans la « Revue de Gériatrie »¹⁵, l'incidence moyenne de chute est évaluée à 1,7 chutes par lit et par résident (de 0,6 à 3,5) en EHPAD (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes), alors qu'elle n'est que de 0,65 (de 0,3 à 1,6) pour les personnes âgées vivant à domicile, en France.

Dans une communication à l'académie de médecine¹⁶, relative à l'épidémiologie, la morbidité, la mortalité, au coût pour la société et pour l'individu, et aux principales causes de la chute, un membre correspondant de l'Académie nationale de médecine rapporte les propos suivants:

« Il est difficile d'établir une estimation fiable du nombre de chutes, car beaucoup d'entre elles passent inaperçues et ne sont pas signalées à un médecin. Selon l'OMS, 37 millions de chutes sont

¹⁵ PODVIN-DELEPLANQUE J, DREUIL D, HUVENT D, PUISIEUX F, Rev Geriatr 2015; 40 (6) : 355-62

¹⁶ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/pages-de-1025-1040.pdf>

suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux chaque année. Ce sont les sujets de plus de 65 ans qui sont les plus exposés. On admet que 25 à 30 % des personnes de plus de 65 ans vivant chez elles chutent au moins une fois par an. Cette prévalence augmente avec l'âge et atteint 50 % pour les plus de 80 ans »

« En institution, la prévalence des chutes est élevée malgré une sous déclaration fréquente. En Finlande, dans l'étude de Lord et al., 39 % des résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées ont présenté deux chutes ou plus. Ces sujets vivant en institution souffraient d'un pourcentage de chutes trois fois plus élevé que ceux de la population générale. En unité de soins de longue durée, on a rapporté une valeur moyenne de 1,7 chutes par personne et par an ».

Il est clair que le recensement doit être reconduit afin de confirmer et conforter les résultats obtenus. De plus il a été remarqué que certains prestataires ont pu rencontrer des difficultés avec la compréhension des consignes. Aussi, pour le prochain recensement l'AEC procédera à un rappel des consignes et des définitions. Enfin l'AEC envisage de mettre à disposition un outil de recensement qui évitera des manipulations intermédiaires de données.

1.4 Résultats concernant la gestion des plaintes par les prestataires

Cette partie présente les résultats de l'analyse des questionnaires auto-administrés qui ont été envoyés par l'AEC à l'ensemble des prestataires à l'été 2019.

L'AEC a envoyé le questionnaire à chaque établissement ou foyer ou réseau du secteur des soins de longue durée. Si un ESC, RAS, un foyer ou ESI fait partie d'un groupement l'AEC a pu recevoir un seul questionnaire pour l'ensemble des structures faisant partie de ce groupement. Cela s'explique par un système de gestion de plaintes et de doléances avec des procédures et modus operandi centralisés au sein de certains groupements.

Les prestataires ont également été invités à illustrer leurs propos via la transmission de tous documents qu'ils pouvaient juger utiles (documents, procédure le cas échéant, etc...). Ces illustrations ont permis de compléter l'analyse.

Taux de réponse

Nombre et type de structures	Sans réponse	Taux de réponse
ESC : 52	5	90%
RAS : 22	2	90%
ESI : 43	2	90%

1.4.1 Information des bénéficiaires de l'assurance dépendance

Pour la quasi-totalité des prestataires, les bénéficiaires de l'assurance dépendance sont largement informés de la possibilité d'exprimer leur(s) mécontentement(s)/insatisfaction(s), leurs doléances ou se plaindre d'un événement indésirable (**99%**). Dans **88%** des cas l'information est véhiculée par plusieurs canaux d'information.

L'information par les prestataires se fait majoritairement par une première information lors de l'entretien d'admission ou lors de la signature du contrat de prise en charge qui est signé entre le prestataire et la personne dépendante.

L'information de l'entourage de la personne dépendante est également très souvent citée avec une information des familles lors des entretiens d'admission. Cette information peut être aussi reprise par écrit et envoyée par courrier avec d'autres informations de règlement interne de fonctionnement, à distance de l'admission afin de repréciser les éléments abordés au moment de l'admission.

Les conseils des résidents, comité des usagers (ou autres selon appellation) ou les moments d'échange avec les résidents et leur entourage sont aussi cités comme un moment privilégié pour thématiser les motifs d'insatisfaction, mais également pour rappeler comment cela est organisé chez le prestataire.

Outre ces moyens d'informations et de rappel, l'information peut être reprise sur d'autres supports. Les moyens cités pour diffuser l'information ou encore rappeler la possibilité d'exprimer une plainte, doléance ou mécontentement sont :

- panneaux d'affichage ;
- mise à disposition de boîtes et formulaires au sein de l'établissement, du centre de jour, du foyer avec les explications sur comment et pourquoi utiliser ces supports ;
- rubrique spécialement dédiée sur le site internet du prestataire qui reprend différents canaux de signalement des insatisfactions avec explications sur la politique qualité en vigueur, accompagnée parfois d'un formulaire de contact spécifique ;
- newsletter ;
- réseaux sociaux.

1.4.2 Formulation de la plainte

Pour une grande majorité de prestataires (**90%**), les moyens mis à disposition des bénéficiaires et/ou de leur entourage pour formuler ou exprimer leurs plaintes, doléances ou insatisfactions existent.

Cependant, on remarque une disparité dans les moyens utilisés.

Pour certains, ces moyens sont plutôt oraux, c'est-à-dire que le bénéficiaire ou son entourage peuvent se mettre en relation avec une personne de référence ou une équipe dédiée. On remarquera que cette façon est davantage utilisée par les petites structures, qui ont un fonctionnement qui favorise la proximité entre le personnel et les personnes prises en charge.

Les conseils des résidents, le comité des usagers (ou autres selon appellation) sont aussi mentionnés comme étant l'endroit où les dysfonctionnements peuvent être abordés.

De nombreux prestataires font état de l'existence d'un formulaire de réclamation en version courriel et version manuscrite.

Les autres moyens évoqués pour formuler cette plainte/doléance/insatisfaction sont :

- via le service qualité du prestataire ou du gestionnaire ;
- un formulaire de contact sur le site internet ;
- la newsletter ou une lettre d'information qui renseigne et/ou reprend l'information sur la possibilité d'exprimer son insatisfaction ;
- boîte à suggestions/boîte aux lettres ;
- courrier adressé à la Direction.

Il ne faut pas négliger que la plainte/doléance/insatisfaction peut être formulée via communication verbale auprès d'un collaborateur. Ce sera ensuite à lui de faire remonter celle-ci et le cas échéant de l'enregistrer via les différents outils ou moyens internes.

Ces différents moyens pour formuler une plainte et/ou une insatisfaction ne sont pas exclusifs et c'est souvent plusieurs d'entre eux qui sont mis à disposition des bénéficiaires de l'assurance dépendance et de leurs proches.

Une personne ou une équipe clairement dédiée à la gestion des plaintes (traitement, suivi, réponse) est renseignée pour **84%** des prestataires.

Dans le secteur du handicap, et en raison de la nature du handicap, il peut s'avérer que les possibilités de communication soient (très) limitées. Il existe souvent une personne de référence pour chaque usager afin d'assurer le lien entre l'usager/son entourage et le personnel et ce dans une communication adaptée. Ainsi, c'est cette personne de référence/ce contact privilégié qui recueillera les doléances et le cas échéant, cherchera des solutions.

S'il n'existe pas de personne dédiée à la gestion des plaintes, certains prestataires soulignent le fait que la continuité et la qualité des services prestés fait partie des missions de certaines personnes au sein de l'équipe dirigeante, comme le chargé de direction, et que cela est clairement stipulé dans leur fiche de poste. De fait, ils seront le point de contact dans le cadre d'une plainte. Dans ce contexte d'autres personnes qui n'ont pas exclusivement comme mission la gestion des plaintes, mais des missions d'amélioration continue ont été identifiées, tels un délégué à la bienveillance ou une responsable du bien-être qui seront alors une des personnes vers qui exprimer son insatisfaction : cette personne sera ensuite en charge de participer à la recherche de solutions.

Lorsque le prestataire appartient à un groupe d'entités, on pourra remarquer qu'il y a plus souvent une hiérarchie dans les personnes assurant le traitement des plaintes, avec notamment une personne au niveau de la direction générale qui est le point de contact pour toutes les entités du groupe.

Si le prestataire dispose d'un service qualité, alors ce sera le service qualité, dans le cadre de ses missions d'amélioration continue, qui sera en charge de la gestion des plaintes.

1.4.3 Traitement des plaintes

Si la possibilité de formuler une plainte ou insatisfaction est une réalité, son enregistrement formel faisait défaut au moment du recensement chez **27%** des prestataires.

On notera qu'une procédure d'enregistrement formelle et standardisée était en cours d'élaboration au moment du recensement chez certains prestataires et qu'un prestataire a indiqué avoir commencé à formaliser ce système après la réception du formulaire de questionnaire de la part de l'AEC. Si ce système n'était pas encore formalisé chez ces prestataires, ils ont cependant répondu positivement aux questions liées à la possibilité d'exprimer une plainte et son information auprès des personnes dépendantes et leurs proches.

Cette formalisation ne prend pas la même forme et n'est pas homogène au sein du secteur.

On remarquera qu'il y a une différence plutôt marquée dans la formalisation de ce système entre le prestataire qui fait partie d'un groupement géré par un gestionnaire ou des prestataires isolés.

En effet, si un gestionnaire possède plusieurs entités tels que des établissements et/ou réseaux et/ou différents foyers, il est plus à même d'avoir prévu et diffusé à l'ensemble de ces entités une procédure commune, formalisée et qui vise une gestion homogène dans l'ensemble de ses entités. C'est chez ce type de prestataires qu'on retrouvera aussi une certaine hiérarchisation dans la gestion et le traitement des plaintes.

La formalisation de l'enregistrement de la plainte peut se faire :

- via un logiciel spécifique ou une application dédiée, spécialement construit à cet effet, soit mis à disposition d'une seule entité, soit partagé et utilisé par plusieurs entités d'un groupement : dans ce cas, cela permet aussi une centralisation au niveau de la direction générale ou d'un service qualité général avec une homogénéisation dans l'enregistrement et la façon de renseigner la plainte. Ce type de solution dédiée peut permettre aussi le suivi du traitement de la plainte, via un système de catégorisation comme expliqué ci-après avec suivi ou reporting des résultats ;
- via des outils du style « traitement de ticket » utilisable au sein d'un groupe, qui comportera une rubrique dédiée à l'enregistrement d'une plainte, en faisant remonter l'information de façon centralisée. Ce type de système peut également contribuer, le cas échéant, à la catégorisation de la plainte (cf. ci-après) et au reporting automatique des résultats ;
- via des solutions internes de suivi sous la forme de tableau, style « tableur ». On remarquera à cet effet que la COPAS a fourni un modèle de fiche de suivi de réclamation sous forme de tableau EXCEL qui est utilisé par certains prestataires.

Si le système d'enregistrement et de suivi existe, il ne permet pas tout le temps d'identifier explicitement le type de plaintes ou le domaine concernés. 88% des prestataires déclarent classer ou identifier les plaintes/doléances et insatisfactions selon la typologie ou le sujet/objet de la plainte.

Lorsque que cette identification est effective, les catégories sont plus ou moins nombreuses et reprennent une terminologie propre au prestataire ou à son groupement.

On se permettra ici de lister les domaines regroupés récurrents, qui abordent des problèmes de qualité liés

- à la réalisation ou l'organisation des soins ;
- au comportement du personnel ;
- aux services dits « de support » ;
- à la facturation des services.

On peut retrouver aussi une distinction supplémentaire permettant d'enregistrer si la plainte émane de l'usager lui-même ou de son entourage, voire du personnel.

On notera que certains prestataires ont choisi de différencier les plaintes ou insatisfactions liées à la restauration/alimentation, le nettoyage ou la gestion du linge dans un système spécifique, en complément, en sous-partie spécifique, voire en-dehors de leur système d'enregistrement. Cela peut se justifier par le fait que ces activités sont sous-traitées, ce qui permet de les transférer également plus aisément au sous-traitant.

En fonction de l'identification du type de plainte, **54%** des prestataires déclarent avoir également formalisé les modalités de traitement spécifique par type de plainte. Dans les faits, le traitement des plaintes, en fonction de leur type sera traité de façon différente, mais on remarquera que c'est la formalisation de ces différences qui n'est pas forcément effective.

Enfin, **77%** des prestataires déclarent avoir un système qui permet d'identifier et donc aussi d'enregistrer la gravité de la plainte/doléance ou insatisfaction.

On pourra remarquer que certains prestataires, même s'ils n'ont pas de « cotation » et donc de formalisation, réalisent cependant une analyse de la gravité de la plainte, permettant de détecter des problèmes pouvant par exemple mettre en danger l'intégrité physique de la personne afin de détecter les problèmes nécessitant actions immédiates et/ou un signalement au niveau de la direction, voire aux autorités compétentes.

Enfin, certains prestataires ont indiqué, au moment du recensement, qu'ils sont en cours de réflexion, sur la définition d'une échelle de gravité dans le cadre de l'amélioration continue de leur outil de suivi et de gestion des plaintes.

1.4.4 Sensibilisation du personnel

100% des prestataires indiquent que leur personnel est sensibilisé au recueil et à l'écoute de l'insatisfaction/la plainte des bénéficiaires, proches, aidant ou autres personnes.

On remarque cependant que cette sensibilisation a un caractère plus ou moins récurrent ou est alors plus ou moins formel et peut aller de l'information en équipe, à des formations spécifiques sur la gestion des conflits avec audit procédural.

Ainsi, certains prestataires incluent la gestion des conflits dans un plan de formation général, davantage cité chez les plus grands prestataires disposant de plusieurs entités.

De plus, certains prestataires ont fait référence à leur système de management de la qualité formalisé (Eqalin ou ISO par exemple). Dans ce cadre, le personnel est informé de la politique qualité de l'entreprise (procédures internes) et donc de l'importance de l'écoute et de la prise en compte des insatisfactions éventuelles.

Des exemples de bonnes pratiques font état de la prise en compte des besoins spécifiques des personnes présentant des problèmes d'expression (cf. handicap mental per exemple) où le personnel est sensibilisé de façon récurrente à la détection des besoins et envies des usagers, ainsi aussi à comprendre et à anticiper des problèmes liés à la prise en charge.

Des formations spécifiques comme celles dédiées à la maltraitance, à la gestion des conflits ou à l'éthique ont été citées comme exemple de formation et de sensibilisation au long cours du

personnel.

1.4.5 Suivi et communication

Lorsque les prestataires réalisent une enquête de satisfaction, **seuls 27%** d'entre eux ont une question ou une rubrique dédiée à la satisfaction des usagers par rapport au mécanisme de traitement des réclamations.

Dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée, moins d'un tiers des prestataires **(31%)** publient un rapport ou diffusent une information sur les plaintes et leur traitement/résultat. Cette diffusion peut se faire

- via bulletin ou newsletter ;
- via affichage ;
- via communication lors du conseil des résidents ;
- lors de réunions organisées avec les familles.

On remarquera que les prestataires ou gestionnaires qui ont cette culture de la diffusion sont ceux qui ont fourni les réponses les plus complètes caractérisant un système de gestion de plaintes dans ses différents aspects : de l'identification au traitement, au suivi, jusqu'à la diffusion des actions entreprises.

1.4.6 Conclusions « Gestion des plaintes par les prestataires »

Grâce aux réponses fournies par les prestataires, on peut conclure que le secteur de soins de longue durée a déployé des moyens pour informer bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance et leur entourage sur la possibilité d'exprimer leurs doléances, leur insatisfaction, de faire des plaintes et sur le recueil organisé et plus ou moins formalisé par le prestataire de ces doléances.

Le personnel, en raison de spécificités propres à sa population prise en charge, mais aussi via des formations au long cours, formalisées parfois dans des plans de formation globaux, semble suffisamment sensibilisé même si le mode de recueil ne permet pas de rendre compte de ce degré de sensibilisation.

Il existe une formalisation et un suivi des plaintes/doléances/insatisfactions. On a cependant pu voir que la maturité de ce suivi est inégale, notamment en ce qui concerne la catégorisation de la plainte ou des actions entreprises.

Comme les prestataires ont majoritairement un système qui formalise l'enregistrement de plaintes/doléances/insatisfactions et qui permet leur suivi, la communication liée aux plaintes recueillies et leur traitement pourrait davantage être diffusée ou thématisée auprès des usagers et leur entourage.

Enfin, si certains prestataires utilisent les enquêtes de satisfaction pour avoir un retour sur leurs services, il pourrait être pertinent de demander aux clients, via ce vecteur, leur positionnement par rapport à l'information qu'ils reçoivent sur la possibilité d'exprimer leurs plaintes/doléances et insatisfactions et la qualité du traitement de leurs plaintes et doléances, le cas échéant.

1.5 Douleurs

1.5.1 Informations recueillies par les référents lors des évaluations

Lors de la période de recensement dans l'outil d'évaluation, c'est-à-dire du 01.09.2019 au 29.02.2020, les personnes algiques représentent la moitié des personnes évaluées (Nombre total de synthèses considérées = 2.687).

Malheureusement, les données recueillies par les référents, pour la période considérée, identifient bien l'utilisation d'une échelle d'auto- ou d'hétéro-évaluation de façon majoritaire pour les personnes pour lesquelles l'information était à disposition. Cependant, on remarque que l'information était absente dans un nombre trop important de cas.

Ainsi, ce moyen de recensement ne permet pas de répondre de façon correcte et pertinente à la

question de savoir si le prestataire utilise une échelle pour évaluer la douleur et si oui, laquelle.

L'AEC devra analyser ce résultat afin de voir dans quelle mesure le référent est en mesure de bien recenser cette information et/ou s'il convient le cas échéant, de changer les modalités de recueil. Il conviendra de voir également si la base de données a permis de retranscrire correctement les informations recensées.

1.5.2 Informations recueillies lors du contrôle de la documentation

L'AEC a recherché des résultats d'évaluation de la douleur dans la documentation à différents moments clés.

- 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 actes essentiels de la vie
- 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.

Dans le cadre des contrôles effectués, l'UQC a observé que seule la moitié des dossiers contrôlés présentait un suivi de la douleur, effectué via l'utilisation d'échelle. L'utilisation d'une échelle validée et adaptée à la population prise en charge était à disposition dans 75% des cas (même si non utilisée).

Dans le cadre du suivi des indicateurs, c'est l'indicateur qui présente le score le moins élevé.

1.5.3 Conclusions « Douleurs »

Le suivi de cet indicateur dans le cadre des évaluations n'a pas donné satisfaction et les causes de cet échec seront analysées afin de voir comment les référents peuvent mieux avoir accès à cette information. Cela sera thématiquement analysé avec les référents, au sein du service évaluation et détermination de l'AEC, mais aussi avec les prestataires.

En effet, le référent doit avoir accès à cette information rapidement et le cas échéant, être aussi en mesure de documenter que le prestataire ne peut/sait pas lui répondre. Une non réponse de la part du prestataire correspond également à une réponse et donc à un recensement valide.

Cependant, sur le nombre restreint de dossiers et de prestataires contrôlés, l'UQC s'est rendu compte que ce suivi n'était pas forcément factuel, et pour la moitié des dossiers observés, la cotation de la douleur n'était pas effective, même si des informations sur la présence de douleurs à un moment donné chez le bénéficiaire de soins étaient suggérées, via l'administration d'antalgiques ou de soins/événements douloureux.

Le nombre restreint de contrôles réalisés ne permet à ce stade pas de tirer une conclusion à l'échelle nationale. Tout le monde s'accorde cependant à dire de nos jours que le traitement de la douleur est un sujet d'importance capitale pour les personnes malades dépendantes, et l'apparition des centres antidouleurs dans les années 1990 a fait bouger les mentalités du corps médical à ce sujet. La douleur n'est plus « taboue » pour les médecins, ni un mal « à supporter », mais bien un symptôme qui se doit d'être soulagé correctement avec la médication adéquate. Encore faudra-t-il que la douleur soit correctement détectée. C'est là que le rôle des soignants quotidiennement au

chevet du malade est capital. Le présent résultat doit donc interpeller, afin de sensibiliser l'ensemble des prestataires et tous les soignants à la nécessité d'enregistrer leurs observations de façon factuelle, via l'utilisation d'échelle(s) à des moments pertinents et une fréquence définie.

1.6 La documentation de la personne prise en charge

1.6.1 Analyse des fiches de transfert

Les résultats en pourcentage font état de la moyenne des résultats pour l'ensemble des prestataires, répartis en chaque catégorie, à savoir Etablissement à séjour continu (ESC), Réseau d'aides et de soins (RAS) et Etablissement à séjour intermittent (ESI). Pour chaque prestataire, l'AEC a demandé entre 2 à 5 fiches concernant donc entre 2 à 5 bénéficiaires (2 pour les très petites structures (par exemple foyer/centre semi-stationnaire)).

a) Les différents types de fiches de transfert

En fonction des différents types de systèmes informatiques et de leurs possibilités (système intégré, rubriques interactives, ou documentation sous Excel/Word), il existe différentes fiches de transfert.

- le système informatique va chercher dans les différentes rubriques les informations demandées les plus actuelles et la fiche de transfert correspond à la compilation de ces données ;
- la fiche de transfert est pré-remplie avec des informations fixes (p. ex: nom/prénom et matricule, nom du représentant légal) et toutes les autres informations sont complétées et mises à jour de façon manuelle ;
- la fiche de transfert est pré-remplie et imprimée, toujours à disposition, mise à jour régulièrement. Le personnel doit juste compléter au niveau du motif d'hospitalisation (qui pourrait être aussi un motif de transfert le cas échéant) ;
- le « template » de la fiche de transfert est entièrement vide et toutes les informations sont remplies manuellement au moment du transfert. On remarquera que la COPAS a créé et mis à disposition ce type de « template » que certains prestataires utilisent, et qui reprend bien toutes les rubriques et informations demandées dans l'article 4.

Plus de trois quart des fiches de transfert sont générées via un support informatique.

b) Existence d'une fiche de transfert

	ESC	RAS	ESI
Pa rapport au total des documents obtenus, la fiche de transfert est un document de synthèse, résumant les informations sur un nombre limité de pages (4-5max)	53%	88%	87%

Si le législateur n'a pas précisé le nombre de pages maximum, il semble pertinent d'estimer que ce document de résumé ne devrait pas excéder 4-5 pages.

L'AEC a donc estimé qu'il n'existait pas de fiche de transfert à partir du moment où le prestataire lui a fourni les informations listées à l'article 4 du RGD du 13.12.2017 sur la qualité uniquement sous forme d'impressions de rubriques ou fiches tirées du dossier de prise en charge de la personne dépendante.

Pour ces prestataires, un effort sera demandé afin qu'ils compilent les informations sous forme d'un seul document de quelques pages au maximum.

L'AEC a cependant recensé les informations fournies, car même en l'absence de fiche de transfert, le prestataire a souhaité montrer qu'il avait un certain nombre d'informations. Ces informations sont donc comptabilisées dans les résultats rubrique par rubrique. L'AEC, dans ses feedbacks, a donné des indications aux prestataires qui n'ont pas encore de fiches afin de compiler le plus

pertinemment possible et succinctement les informations fournies dans un document unique, qui pourra alors être considéré comme une fiche de transfert.

c) Présence des données

▪ Données administratives

Les données administratives sont en général bien documentées (cf. tableau ci-dessous). Pour pouvoir arriver à cette conclusion, l'UQC a considéré comme données administratives dans l'intégralité des documents transmis:

- le nom/prénom, adresse du lieu de vie de la personne dépendante ;
- le sexe, l'état civil, la date et le lieu de naissance, le matricule ;
- les coordonnées d'une personne de référence de la famille ou de l'entourage et/ou du représentant légal en cas de mesure de protection juridique.

Données administratives	ESC	RAS	ESI
Nom ; + le cas échéant nom marital	100%	96%	100%
Prénom	99%	96%	97%
Sexe	83%	89%	87%
Etat civil	96%	86%	79%
Date et le lieu de naissance	72%	72%	71%
Matricule	100%	96%	97%
Adresse du lieu de vie de la personne dépendante	78%	96%	100%
Coordonnées d'une personne de référence et/ou du représentant légal	95%	88%	75%

Il convient de noter que contrairement aux alinéas 1, 2 et 3 de l'article 1, chapitre 1 du RGD du 13.12.2017 qui détaillent précisément les données administratives attendues dans la documentation générale de prise en charge, le législateur n'a pas, pour la fiche de transfert, décrit ce qu'il entendait par **données administratives**.

Étant donné que la fiche de transfert a pour objectif d'être un résumé succinct des informations importantes concernant la personne dépendante, l'AEC a donc considéré les points a) à h) de l'alinéa 1 de l'article 1^{er} ainsi que le point a) de l'alinéa 2 du même article.

De nombreux prestataires ont inclus d'autres informations tout à fait pertinentes comme les langues usuelles, le nom du médecin traitant ou l'existence d'une directive de fin de vie.

Certains ont de même fourni une copie du contrat d'hébergement ou du contrat de prise en charge en se basant sur les informations concernant l'admission en établissement et le début de la prise en charge (cf. art 1, al.3).

Pour les besoins de cette analyse, l'AEC n'a donc recensé que la présence des points cités ci-dessus, mais il est nécessaire, dans un souci de transparence et de cohérence, de préciser, en collaboration avec les prestataires, l'ensemble des points attendus sous la dénomination générale « les données administratives » du point 1 de l'article 4 du RDG du 13.12.2017 sur la qualité.

Observations particulières :

L'adresse renseignée n'est parfois pas l'adresse de l'établissement à séjour continu, donc il ne s'agit pas de l'adresse du lieu de vie actuel de la personne.

Certains prestataires incluent une photographie de la personne dépendante sur la fiche de transfert.

▪ **Identification d'une personne de contact du prestataire**

C'est une donnée importante, permettant la mise en contact directe des professionnels de santé qui peuvent collaborer ensemble pour une meilleure continuité des soins. Elle permet de plus d'éviter de passer parfois par un standard téléphonique ou une administration centrale qui doit identifier qui sera la personne la plus appropriée pour répondre aux questions.

Personne de contact du prestataire	ESC	RAS	ESI
Nom d'une personne de contact	71%	71%	60%

▪ **Date du transfert**

On remarquera que cette date peut faire défaut. Cependant, il y a quasiment toujours un espace prévu pour noter la date et/ou la signature au moment de la réalisation de la fiche de transfert. Cependant, cela n'était parfois pas renseigné : le prestataire n'a alors peut-être pas renseigné cette date de transfert, car il s'agissait d'un test et non d'une situation réelle.

Date du transfert	ESC	RAS	ESI
Date présente sur la fiche	88%	69%	75%

▪ **Présence d'informations sur les fonctions cognitives et/ou psychiques**

Fonctions cognitives	ESC	RAS	ESI
Présence d'informations sur les fonctions cognitives et/ou psychiques	65%	80%	88%

Le but de la fiche de transfert est de fournir des informations pertinentes qui doivent pouvoir aider les soignants qui ne connaissent pas la personne dépendante, à comprendre ses besoins, rapidement.

Renseigner cette information de façon distincte est d'autant plus important en raison de difficultés d'expression liées à une altération de ces fonctions cognitives ou en présence de troubles du comportement.

Renseigner les causes de la dépendance dans cette fiche de transfert n'est donc pas suffisant. Dans cette rubrique, l'AEC s'attend à trouver un minimum d'information sur la présence d'angoisses, de troubles du comportement ou de difficultés d'organisation, d'adaptation au contexte.

Des informations sur les difficultés de réflexion, de conceptualisation, de communication et de prise de décision peuvent aussi être utiles. Enfin, des informations liées à des habitudes ou rituels, ou à des situations spécifiques/routines à respecter sont autant d'éléments qui permettent de guider, rassurer, et accueillir dans les meilleures conditions possibles des personnes aux fonctions cognitives altérées et/ou en situation de handicap mental et/ou psychique.

▪ **Résumé soignant succinct détaillant l'état de santé au moment du transfert**

La façon dont les informations détaillent l'état de santé de la personne au moment du transfert est

très variable.

On pourra par exemple trouver :

- un résumé soignant succinct mais complet avec des informations pertinentes sur les capacités de la personne dépendante, avec une mise en évidence directe d'éléments importants comme un risque accru de fausse route, des consignes sur son périmètre de marche ou sur des rituels à respecter.
- on remarquera que certains prestataires dans ce cadre fournissent des résultats d'échelles et de tests. Cependant, dans l'optique d'une fiche de transfert synthétisant les informations, il conviendrait de fournir uniquement le résultat et la date du test le plus récent et/ou l'évolution.

Des diagnostic(s) ou informations sur la(les) pathologie(s) de la personne dépendante et/ou antécédents médicaux et chirurgicaux ont été retrouvés dans les fiches de transfert. Cependant, il conviendra de noter que pour certaines populations spécifiques, on aura omis de reprendre explicitement certains diagnostics ou informations sur la pathologie. Ces omissions ont été relevées alors que les traitements médicamenteux faisaient état de molécules et/ou traitements spécifiques à certaines pathologies.

Résumé médical	ESC	RAS	ESI
Présence de diagnostic (s)/informations sur la(les) pathologie(s) de la personne dépendante et/ou antécédents médicaux	90%	86%	95%

▪ **Traitements médicamenteux actuellement appliqués**

Traitements médicamenteux	ESC	RAS	ESI
Traitements médicamenteux actuellement appliqués	92%	72%	63%

Elle est à jour et comprend aussi les posologies, les fréquences etc. On retrouve cette information, soit reprise sur la fiche de transfert, soit en annexe de la fiche de transfert. En effet, pour une très grande majorité des cas, on remarquera que le prestataire joint en annexe la fiche des médicaments en cours.

▪ **Aides et soins prestés au moment du transfert**

On retrouve différentes façons de résumer les aides et soins prestés au moment du transfert.

- Les AEV correspondent au listing des actes présents sur la synthèse de prise en charge. Cette présentation des actes prestés sur une semaine peut être longue, si la personne bénéficie de nombreuses prestations et ne sera pas forcément « digeste ». Elle risque donc de ne pas être consultée.
- Chez certains prestataires, on retrouve, par AEV, un résumé succinct des aides et soins prestés et leur forme. Par contre, on peut remarquer aussi que certains prestataires notent pour chaque domaine AEV : « autonome », « besoin aide partielle », « besoin aide complète ». Cette information donne en effet une image rapide du degré d'aide, mais elle devrait être idéalement complétée par la forme d'aide. Cette manière de faire a cependant l'avantage d'être facilement compréhensible par les professionnels du secteur hospitalier aigu, pas forcément habitués au langage spécifique du domaine de la dépendance.

Aides et soins prestés au moment du transfert	ESC	RAS	ESI
Aides et soins prestés au moment du transfert	82%	80%	94%

▪ **Informations sur état cutané**

L'article 4 du RGD du 13.12.2017 stipule que la fiche de transfert doit renseigner le cas échéant la présence d'une escarre mesurée dans le cadre des indicateurs nationaux. Le but de cette demande est de permettre aux prestataires de pouvoir faire la différence entre les escarres liées à la prise en charge et celles non liées à la prise en charge (on revoit le lecteur à la partie B. Concept, I, 1.2.) pour l'explication de cette différence.

Cependant, au cours de l'analyse, l'UQC s'est rendue compte que cette information n'était pas présente, ce qui peut être normal si la personne ne présente pas d'escarres, et cela représente d'ailleurs la majorité des personnes (cf. partie C. Résultats).

Etant donné que l'AEC n'avait pas l'état cutané précis de la personne, même s'il s'agissait de personnes récemment évaluées (entre 2 et 3 mois), il était compliqué de se rendre compte de la présence et de l'absence de cette information, mettant en évidence une des limites de ce mode de contrôle de la fiche de transfert.

C'est pourquoi il a été décidé de renseigner si la fiche de transfert dispose d'une rubrique spécifique, permettant un accès facilité et direct à cette information.

Informations sur l'état cutané	ESC	RAS	ESI
Existence d'une rubrique spécifique	79%	82%	95%

Si cette rubrique est présente, et pour éviter de se demander si elle n'est pas renseignée en raison d'un oubli, il serait pertinent que le prestataire renseigne une information du type « pas d'escarres », « état cutané normal », « néant », etc...

▪ **Éléments sur les interventions régulières d'autres prestataires**

Interventions des autres professionnels	ESC	RAS	ESI
Résumé des interventions des autres professionnels intervenant	31%	60%	78%

S'il y avait uniquement ce type d'information sur la fiche, l'AEC a considéré ce point comme validé.

Cependant, les prestataires doivent améliorer ce point afin de fournir soit un très court résumé, soit une explication/un intitulé sur le type d'intervention (p. ex. entraînement à la marche - travail sur déglutition, etc.) et la fréquence d'intervention. Une date de début de cette prise en charge ou une indication sur la durée complèterait de même pertinemment cette rubrique.

▪ **Informations sur aides techniques, orthèses, implants dentaires, dispositifs médicaux, tout autre éléments de compensation de la dépendance au moment du transfert**

Il y a, dans la grande majorité des cas, une rubrique prévue à ce sujet.

Informations sur aides techniques, orthèses, implants dentaires, dispositifs médicaux, tout autre éléments de compensation de la dépendance au moment du transfert	ESC	RAS	ESI
Présence des informations	90%	95%	97%

Cependant, cette rubrique était parfois vide et il est difficile avec la manière dont le contrôle a été réalisé, de savoir si des informations auraient dû être renseignées ou pas. Cela met en évidence, à nouveau, une des limites de ce mode de contrôle de la fiche de transfert.

De plus, étant dans un contexte de test, certains ont laissé cette rubrique vide, à dessein, car la personne n'était pas réellement transférée et donc ne quittait pas le prestataire. D'autres ont simulé un réel transfert en notifiant l'ensemble des informations. Enfin, chez certains prestataires, cette rubrique est pré-remplie avec les aides techniques ou tout autre élément de compensation de la dépendance au moment du transfert. Il convient alors, au moment d'un transfert réel de s'assurer que le matériel renseigné est bien transmis ou transféré avec la personne au risque d'induire en erreur le nouvel intervenant.

▪ Niveau de dépendance

Cette information n'est pas explicitement demandée par le législateur dans l'article 4 du RDG du 13.12.2017. Cependant, on peut estimer qu'il s'agit néanmoins d'une information très pertinente.

Certains prestataires renseignent cette information. On retrouve alors soit le niveau de dépendance et/ou l'indication que la personne est dépendante dans les renseignements généraux, ou alors en en-tête des différentes feuilles constituant la fiche de transfert.

En effet, il s'agit d'une information importante qui permet d'identifier si la personne bénéficie déjà d'une synthèse de prise en charge.

Cette information est même essentielle, notamment dans le cadre d'une hospitalisation. Il est primordial qu'un établissement hospitalier puisse identifier rapidement si des démarches dans le cadre de l'assurance dépendance sont en cours ou ont déjà été réalisées pour la personne qu'il commence à soigner.

Si c'est le cas, et si de nouveaux besoins d'encadrement sont nécessaires, alors il appartiendra à l'hôpital d'en informer le prestataire d'aides et soins habituel, via sa personne de contact renseignée (cf. point b) qui devra décider des démarches à réaliser.

En effet, étant donné que le prestataire d'aides et de soins prend déjà en charge la personne dépendante, il est le plus à même de décider des démarches à effectuer comme par exemple une demande de réévaluation ou des demandes d'aides techniques, prenant en compte l'environnement de la personne dépendante actuellement hospitalisée. De plus, selon l'article 359 du Code de la sécurité sociale : « Si à la suite d'une hospitalisation en milieu aigu de sept jours consécutifs au moins, la personne dépendante présente un besoin momentané d'assistance dépassant les aides et soins pour les actes essentiels de la vie prévus sur la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 les forfaits visés aux articles 353, alinéa 2 et 357, alinéa 1 sont majorés de quarante-cinq minutes par semaine pendant huit semaines suivant la période d'hospitalisation, sans dépasser la prise en charge du forfait 15 ». Ainsi, même en cas d'augmentation des besoins, le prestataire pourra mettre en compte une augmentation des besoins, sur une période, et cela lui permet de voir si l'augmentation des besoins est installée. Cela évite une adaptation directe de la synthèse de prise en charge par le biais d'une réévaluation demandée par les services de l'hôpital.

Après la parution du rapport biennal, l'AEC souhaite dans cet ordre d'idées lancer une campagne d'information auprès des établissements hospitaliers afin de les sensibiliser à l'existence de la fiche de transfert que les prestataires d'aides et de soins s'engagent à transférer.

L'AEC souhaite aussi sensibiliser les établissements hospitaliers sur la nécessité de laisser en priorité

les prestataires d'aides et de soins de la personne dépendante gérer les démarches en lien avec l'assurance dépendance, après concertation mutuelle.

▪ **Conclusions liées aux contrôles de l'existence des fiches de transfert et de leur contenu**

Au moment du recensement, certains prestataires n'avaient pas de fiche de transfert. Selon l'analyse, l'ensemble des informations transmises pouvaient certes correspondre aux informations demandées par la fiche de transfert, mais cela ne constituait pas un résumé ou une compilation de ces informations. Ainsi, l'AEC a pu constater que les informations transmises se retrouvaient dans différentes fiches et feuilles, constituant des impressions de certaines rubriques de la documentation de la personne prise en charge.

Au-delà de l'exercice et de l'effort fourni, cela ne répond pas aux objectifs clairement affichés par le législateur.

Afin d'assurer la continuité des soins avec les autres prestataires, mais également et surtout avec le secteur hospitalier, le législateur a voulu que le secteur des soins de longue durée transfère les bénéficiaires de l'assurance dépendance avec des informations concises, permettant une connaissance globale de la personne, de ses pathologies et de ses besoins.

Certaines informations demandées dans l'article 4 nécessitent des précisions par le législateur afin d'éviter des problèmes d'interprétation. De plus, alors qu'il n'est pas explicitement demandé dans l'article 4 du RGD du 13.12.2017 sur la qualité, il est important que le niveau de dépendance (ou l'information que la personne est dépendante) soit présent sur cette fiche.

Tous les prestataires recevront un résumé de l'analyse de leur fiche de transfert qui ont été transférées à l'été 2019.

Enfin, l'analyse des fiches de transfert et le type de contrôle choisi pour permettre cette analyse a montré ses limites. C'est pourquoi, l'AEC pense désormais qu'il ne sera plus opportun de demander aux prestataires de lui fournir des fiches de transfert sur le même mode que celui utilisée en été 2019.

En effet, il est plus opportun et pertinent de demander aux prestataires de générer une fiche de transfert à la demande, lors des visites de contrôle de documentation, comme l'AEC a commencé à le faire afin de faire le lien directement avec les données actualisées de la personne considérée.

Lors des contrôles de documentation, il a d'ailleurs été remarqué que depuis l'été 2019, un des ESI contrôlés avait fini son informatisation et la fiche de transfert n'était plus celle transmise en été 2019, mais bien un document de synthèse succinct reprenant toutes les informations demandées. Toutes les entités qui font partie de ce même groupe ont déjà amélioré ce document.

1.6.2 Visites de contrôle de la documentation de prise en charge et résultats

L'unité qualité et contrôle (UQC) de l'AEC a réalisé **16 visites de contrôles** de la documentation principalement **entre le 14 janvier et le 24 février 2020**. Ces visites ont été réalisées la plupart du temps en binôme.

Le contrôle a été 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'UQC de l'AEC se présentera chez le prestataire. Le courrier fournissait de plus des explications sur le déroulement du contrôle. Cependant, le nom des personnes prises en charge et visées par le contrôle était 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 dudit règlement grand-ducal pour un nombre restreint 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 les différentes documentations des bénéficiaires de l'assurance dépendance concernés.

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.

Type de prestataires contrôlés	Nombre de structures contrôlées
Etablissement à séjour continu dont	12
MDS	3
CIPA	9
ESI	2
RAS : bureau , antenne, etc.	2

Cela représente **64 dossiers contrôlés** (de 3 à 5 dossiers par contrôle) : le nombre de dossiers contrôlés a varié en fonction de la complexité à trouver les informations : supports différents et/ou parfois multiplication des sources d'information (supports différents, conservés à différents endroits) voire en raison des constats faits par le binôme de l'UQC, qui au-delà d'un contrôle de documentation, a eu des discussions de bonnes pratiques avec les prestataires. Ce constat sera à prendre en compte dans l'amélioration du déroulement des différents contrôles.

a 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 le début de la prise en charge.

Données liées à l'identification de la personne dépendante :

Ce volet est pour tous les contrôles réalisés quasiment complet, le pourcentage d'éléments retrouvés pour l'ensemble des dossiers est de **94%**.

Dans cette rubrique l'AEC regarde si les données suivantes sont présentes : le nom, le prénom ou le prénom usuel, le sexe, l'état civil, la date de naissance, le lieu de naissance, l'adresse ou numéro de chambre, le nom de la personne de référence, l'adresse et numéro de téléphone du représentant légal, langue expression habituelle, et des informations sur les habitudes de vie.

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 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.

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.

Les 4% des données manquantes dans certains dossiers étaient :

- le lieu de naissance
- le motif d'admission
- les langues parlées

Dans le contexte plurilinguistique luxembourgeois, l'information sur les langues parlées est évidemment primordiale pour une prise charge de qualité de la personne dépendante.

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

Les éléments de cette rubrique sont souvent ceux constitutifs des données générales de la fiche de transfert.

Données administratives liées aux soins et la prise en charge thérapeutique

Le pourcentage d'éléments retrouvés pour l'ensemble des dossiers est **de 90%**.

Dans cette rubrique, l'AEC regarde si les données suivantes sont présentes : le matricule de la personne, le nom d'une caisse complémentaire le cas échéant, une identification spécifique attribuée par le prestataire, nom et coordonnées du/des médecin(s) traitant(s), indication de l'existence d'une directive anticipée ou décision liées à la fin de vie et à d'éventuelles limitations thérapeutiques ainsi que les informations sur les aides techniques utilisées.

Les informations qui étaient imprécises ou manquantes dans cette rubrique, pour 10% des dossiers contrôlés, se situaient surtout au niveau des informations sur les aides techniques, orthèses, implants dentaires, dispositifs médicaux ou tout autre élément de compensation de la dépendance.

On a pu voir que la liste des aides techniques est parfois gérée au niveau du management (coordination assurance dépendance) nécessitant d'aller chercher l'information dans un autre support. Cette liste recense toutes les aides techniques de l'ensemble des personnes prises en charge. Si cela se révèle utile dans la gestion générale du parc des aides techniques (maintenance, renouvellement, etc.), il convient cependant de retrouver facilement la liste des aides techniques utilisées dans le dossier individuel de chaque personne dépendante. Le niveau d'information et l'usage de cette information n'est pas le même, c'est pourquoi il convient d'en dissocier les usages. En effet, si ce niveau d'information existe, il faut cependant retrouver de façon simplifiée et centralisée l'information pour la personne concernée dans sa documentation propre.

Pour certains bénéficiaires, cette liste personnelle du bénéficiaire n'était pas à jour. (Exemple : documentation renseignant un cadre de marche, mais omettant le fauteuil roulant avec une information trouvée dans le descriptif des besoins liés à la mobilité, ou alors elle ne correspondait pas à la liste des aides techniques auprès de la personne recensée au niveau des bases de données de l'AEC).

Pour les deux entités des réseaux plus particulièrement, le recensement des aides techniques et autre matériel utilisé à domicile ne correspondait pas à la liste des aides techniques à disposition dans les bases de données de l'AEC.

Il conviendra de se pencher sur cette différence qui peut avoir différentes causes :

- les données à disposition de l'AEC peuvent ne pas être actualisées le jour du contrôle par l'AEC en raison de problèmes de synchronisation de la base de données ou d'une absence de mise à jour par le référent.
- le prestataire intervenant à domicile 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 sont partie intégrante des soins, si du matériel n'est pas utilisé, le prestataire pourrait, grâce à cette information, participer au système de récupération

afin de garantir la remise en circulation des aides techniques pouvant alors être utilisées par d'autres bénéficiaires.

Données concernant l'admission en établissement et le début de la prise en charge. Cette

rubrique recense s'il existe des informations relatives à :

- Date admission/Date début prise en charge
- Motifs de l'admission/Motifs début prise en charge
- Copie du contrat de prise en charge
- Nom et coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge
- Dernière synthèse de l'AEC

Ces informations sont présentes dans 65% des cas. 18% sont partiellement disponibles et 17% sont absentes dans les dossiers contrôlés.

Cette rubrique est la seule qui contient cette forme de cotation (partiellement disponible), et cela concerne la présence de la synthèse de l'AEC. L'UQC a souhaité faire état de cette présence partielle dans le sens où dans la grande majorité des cas, elle s'est rendu compte que lorsque cette synthèse est demandée, le prestataire lui a fourni majoritairement le listing des actes et activités, avec leurs libellés et les niveaux, mais il ne s'agissait pas du descriptif général, ou de la copie en tant que telle. La synthèse AEC était disponible si une copie avait été demandée par le prestataire à la personne dépendante ou son entourage.

L'UQC reviendra sur ce constat avec les prestataires mais aussi la CNS, organisme gestionnaire.

Un des objectifs de la réforme était en effet d'amener plus de transparence dans les informations fournies suite à l'évaluation. La décision, qui a valeur juridique, doit contenir 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 il 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. On remarquera dans l'exemple ci-dessous que l'acte est constitué de différentes aides (extrait du Référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance).

L'acte « élimination aide minimale » (AEVE01) est attribué si au moins une des aides suivantes est nécessaire :

- aider la personne à réaliser les transferts en lien avec l'élimination ;
- aider la personne à descendre et à remonter les vêtements du bas ;
- installer l'urinal ou installer la personne sur le bassin de lit ;
- rappeler à la personne d'aller en temps utile aux toilettes et contrôler si la personne a fait ses besoins ;
- rappeler à la personne de s'essuyer les parties intimes et contrôler si cela a été réalisé ;
- rappeler à la personne présentant une incontinence quotidienne de changer le matériel d'incontinence et contrôler si cela a été réalisé.

Sur la synthèse de prise en charge, on ne trouvera pas seulement : « élimination aide minimale », mais aussi le détail des aides qui sont à prester dans le cadre de cette aide minimale à l'élimination et qui correspond à l'aide dont a besoin la personne dépendante évaluée.

C'est ce niveau de détail que l'UQC n'a pas retrouvé, dans une majorité de cas, chez le prestataire.

De plus, dans le cadre d'une répartition des aides et soins entre le prestataires et l'aidant, chez les deux entités des RAS, l'UQC n'a pas retrouvé le détail de la synthèse qui reprend les fréquences à réaliser par les deux parties.

Ainsi, le soignant n'a pas la même information que le bénéficiaire et n'a donc pas à sa disposition le niveau de détails que l'AEC a souhaité fixer dans la synthèse de prise en charge.

L'AEC s'attellera à identifier la cause de cette absence alors que cette information existe et qu'elle est normalement transmise au prestataire par l'organisme gestionnaire (CNS). Si elle l'a bien transmise, elle ne se retrouve cependant pas au niveau de la documentation alors qu'elle a pour but de soutenir les soignants dans leur organisation des soins.

Nom+ coordonnées d'autres prestataires intervenant dans la prise en charge

On retrouve majoritairement cette information. Cependant, c'est parfois la source de cette information qui pose problème. En effet, on a pu remarquer que pour savoir par exemple si un kinésithérapeute (externe) intervient chez la personne dépendante considérée, cette information ne figure pas dans la documentation propre au bénéficiaire. Pour retrouver cette information on sera obligé par exemple de consulter la liste des patients du kinésithérapeute ou bien un autre document qui n'est pas en lien direct avec le bénéficiaire.

b Résultats concernant l'état de santé de la personne

Cette rubrique recense s'il existe des informations relatives aux :

- maladies chroniques, les maladies transmissibles et les facteurs de risque ;
- état des fonctions cognitives (orientation spatiale et temporelle) et les éventuels troubles du comportement ;
- limitations physiques ;
- allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires.

Les informations attendues ont été retrouvées **dans 85 % des dossiers contrôlés**.

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

Il conviendra de noter que certains prestataires ont insisté sur la difficulté à disposer parfois de diagnostics ou d'informations médicales, si cela est conservé dans un dossier ou une partie médicale uniquement accessible et consultable par les médecins. Même si les médecins gèrent leur propre documentation (cf. secret médical et protection des données), il est souhaitable qu'il y ait un minimum de liens entre les différents systèmes utilisés. Si un lien « automatisé ou sécurisé » est impossible, les médecins intervenants et disposant de leur dossier médical devraient alors renseigner ou transmettre certaines informations à l'usage des soignants. 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 tout autre collaboration formalisée).

Allergies et intolérances médicamenteuses ou alimentaires :

Les allergies ou intolérances alimentaires sont souvent gérées dans des rubriques ou fiches spécifiques qui permettent de renseigner facilement celles qui sont les plus communes. Les allergies médicamenteuses ont toujours été retrouvées et sont en général reprises sur la fiche de médication.

Etat des fonctions cognitives /éventuels troubles du comportement & limitations physiques :

L'utilisation de schéma corporel ou de pictogrammes avec système de couleurs est souvent retrouvée pour identifier les limitations physiques. L'information est centralisée en un seul endroit. Pour l'état des fonctions cognitives (mémoire, orientation spatiale et temporelle) et les éventuels troubles du comportement, on pourra remarquer que ces informations se trouvent parfois diluées dans les différentes rubriques de la documentation, avec des constats dans les transmissions ciblées ou parfois des informations renseignées dans les habitudes de vie (p. ex. : à cause de son état dépressif, préfère rester dans sa chambre) ou dans l'organisation des soins (tendance à une agressivité lors d'un soin).

Il serait pertinent d'avoir une anamnèse globale sous forme de résumé simple des problèmes de santé qui influencent la perte d'autonomie. Cela centraliserait les informations et cela aiderait de plus les personnes qui sont amenées à fournir les informations demandées dans le cadre de mySecu ou pour toute évaluation avec un référent de l'AEC. En effet, une description précise mais succincte de tous les facteurs créant les besoins d'aide participe à une compréhension globale de la personne

à évaluer et pose les bases des échanges entre les professionnels.

c Résultats concernant les thérapies médicamenteuses en cours (permanentes et ponctuelles)

Les résultats qui sont attendues pour cette catégorie sont :

- le nom du prescripteur ;
- la date de prescription ;
- la forme, le dosage et la fréquence d'administration ;
- la personne administrant les médicaments ;

mais aussi les mesures des fonctions vitales si besoin et la présence de résultats d'examens et d'analyses médicales récents.

Les informations liées à l'ensemble de cette rubrique étaient présentes pour **89%** des dossiers contrôlés.

Les médicaments sont gérés via un système de fiche ou une grille de suivi des traitements médicamenteux, qui reprennent dans la grande majorité les informations demandées. Cependant, chez 4 prestataires, on a pu remarquer que l'identification de la personne ayant administré les médicaments n'était pas renseignée.

Chez un des deux réseaux d'aides et soins contrôlés, si les médicaments étaient gérés par le bénéficiaire, alors l'UQC n'a pas retrouvé d'informations sur les médicaments pris par le bénéficiaire. Les médicaments gérés par la personne elle-même devraient être renseignés comme ceux gérés par le prestataire (= médecin prescripteur/fréquence/dosage/au besoin, etc.) avec une mise à jour régulière.

Mesures de fonctions vitales si besoin

Les paramètres tels que fréquence cardiaque, tension artérielle/saturation/glycémie/température sont suivis à l'aide de grilles ou de fiches en fonction des besoins.

Résultats d'examens et d'analyses médicales récents

L'UQC a pu remarquer que les résultats d'analyses de laboratoire pouvaient être disponibles via une plateforme spécifique du laboratoire d'analyse. Cela a l'avantage pour le prestataire de ne pas avoir à archiver l'ensemble des données, conservées directement dans cette plateforme.

d Résultats concernant l'utilisation de tests et échelles pour le suivi de la personne dépendante en relation avec les indicateurs nationaux

Pour la thématique des escarres et des chutes, il conviendra de noter que l'UQC, dans le contrôle de ces 16 prestataires a essayé de recenser plus que ce qui est demandé stricto sensu par le RGD du 13.12.2017 dans les articles 6 et 8. En effet, si elle s'en tenait à une application minimaliste du texte, elle devrait uniquement regarder si les escarres sont recensées avec leur stade et leur provenance et si les nombre de chutes est comptabilisé. Cependant, ces résultats sont déjà à disposition car ils ont été recensés via un autre biais (cf. 1.2 et 1.3 de cette partie C. Résultats). De ce fait l'UQC a pris l'initiative de vérifier si, en plus des comptages tels que demandés, il existe une mesure du risque d'escarres et du risque de chutes afin de pouvoir aborder, avec les prestataires, la gestion et de prévention risques.

Mesure du risque d'escarres

Cette mesure était présente **dans 84 % des dossiers contrôlés**.

Il conviendra de noter que les informations sur la présence ou le risque d'escarres se trouvaient parfois dans les transmissions et pas forcément dans une fiche ou une rubrique spécifique de suivi des escarres, ce qui parfois ne facilite pas leur identification en termes de stade et d'évolution.

L'échelle la plus couramment utilisée pour les dossiers contrôlés était l'échelle de Norton.

L'évaluation du niveau de risque d'escarres doit être régulièrement effectuée. Il est recommandé

de faire une première évaluation des risques au début de la prise en charge, puis à fréquence régulière. La mise à jour de la semaine type (au moins tous les 3 mois) qui est l'occasion de faire le point sur les besoins de la personne et de son état de santé, pourrait être un bon prétexte pour un suivi objectif de ce risque d'escarres, si aucun besoin spécifique n'avait été identifié avant. Sinon, en raison de l'indicateur escarres qui demande d'identifier si l'escarre s'est développée lors de la prise en charge ou en dehors de cette prise en charge (cf. escarres liées ou non liées), la présence d'escarres et l'état cutané est à évaluer avant le transfert et au retour du patient.

Pour les personnes avec risque élevé d'escarres, des plans de changement de position (« Lagerungsplan ») ont également pu être identifiés dans la documentation de prise en charge.

L'UQC souhaiterait également développer dans le cadre du suivi de cet indicateur, le contrôle et le lien avec les aides techniques qui peuvent être utiles en cas d'escarres avérées ou pour leur prévention.

Le choix d'un support statique ou d'un support dynamique est fonction de l'état général de la personne soignée, du résultat de l'évaluation des risques avec une échelle validée, du nombre et du stade des escarres. Le stade des escarres n'est pas le seul critère pour le choix d'un support, mais il faut également tenir compte du niveau de risque, du nombre d'heures passées au lit/au fauteuil, du degré de mobilité du patient et de la fréquence des changements de position.

L'UQC souhaite donc intégrer ces réflexions afin de compléter les informations transmises par les prestataires.

Mesure du risque de chute

Si les chutes sont comptabilisées, il a été moins aisé de trouver une évaluation du risque de chute **avec une mesure quantitative du risque de chute, qui n'était présente que dans 64% des cas.**

Si des tests d'évaluation étaient utilisés, on a plus fréquemment retrouvé le test de Tinetti (ce test permet d'évaluer avec précision les anomalies de l'équilibre et de la marche au cours de diverses situations de la vie quotidienne), ou le test « Timed up and go ».

Le risque de chute est également identifié via la recherche des différents facteurs de risques comme une poly-médication, incluant des médicaments hypotenseurs ou de médicaments psychotropes, les troubles mictionnels (incontinence urinaire, impériosité urinaire), nycturie, des troubles locomoteurs et/ou neuromusculaires, une réduction de l'acuité visuelle ou auditive, des troubles comportementaux comme la consommation excessive d'alcool, un environnement à risque, etc...

Si les différents facteurs de risque sont identifiés pour spécialement mettre en place des actions de prévention et de suivi, alors on doit être en mesure de retrouver spécifiquement cette stratégie.

L'identification d'un risque de chutes relevée via l'identification des facteurs risques et suivi et/ou utilisation de tests est indispensable pour argumenter certaines prestations de l'assurance dépendance qui sont directement liées à un risque de chute élevé ou très élevé, le prestataire doit cependant également posséder des arguments factuels. C'est ce que recherche l'UQC lors de son contrôle de documentation.

Suivi du poids de la personne

Le suivi du poids est mesuré au moins mensuellement **pour 72% des dossiers contrôlés.**

On remarque que lorsque la mesure du poids est régulière, il a pu y avoir parfois des incohérences, ou plutôt des erreurs de saisie. La pesée avec un fauteuil roulant avec présence ou absence de ses accessoires influence en effet les résultats et doit alors être renseignée correctement. De plus, l'UQC a côté positivement que la majorité des pesées était mensuelle, même si elle a pu remarquer un délai plus élevé entre quelques pesées. Un rappel de l'importance de cette rigueur a alors été réalisé.

Bien entendu, en cas de nécessité en fonction de la situation spécifique de chaque assuré, par exemple de sa pathologie, une pesée plus fréquente est à réaliser. Pour les personnes chez lesquelles l'UQC a identifié un besoin spécifique, le suivi était toujours adapté avec des pesées plus fréquentes. L'indicateur, lors des contrôles, devra à l'avenir tenir compte de cette spécificité (cf.

pesée hebdomadaire, voire quotidienne p. ex. en cas d'insuffisance cardiaque sévère ou d'insuffisance rénale dialysée retrouvée dans le dossier de la personne).

Chez les deux entités des RAS contrôlés, il n'était pas possible de retrouver de pesées régulières pour l'ensemble des dossiers contrôlés. Le suivi régulier des deux personnes concernées était identifiable, cependant les deux entités contrôlées ont expliqué les difficultés qu'ils avaient pour organiser la pesée au domicile des personnes. L'UQC a insisté sur ce point et a demandé qu'une solution soit trouvée afin de réaliser, au domicile de la personne, avec son propre matériel ou le matériel du prestataire, une pesée mensuelle telle qu'exigée par le RGD du 13/12/2017 sur la qualité.

La perte de poids supérieure à 10% n'a pas été relevée par l'UQC en tant que telle lors des contrôles effectués dans son outil. L'UQC devra s'en assurer à l'avenir.

Suivi de la douleur si la personne est algique et utilisation d'échelles validées

L'UQC a observé que dans **52% des cas seulement**, un suivi de la douleur était effectif chez les personnes algiques et qu'une **échelle validée et adaptée** à la population prise en charge était utilisée dans **75% des cas**.

Dans le cadre du suivi des indicateurs, c'est l'indicateur qui présente le score le moins élevé.

Il convient de préciser que l'UQC a renseigné cet item comme négatif à partir du moment où il n'y avait pas de cotation et de suivi formalisés, comme dans les cas suivants :

- des indications sur le fait que la personne pouvait être douloureuse ont été retrouvées dans les transmissions ou cibles spécifiques au moment d'un soin ou quand un antalgique était mis en place mais il n'y avait pas de cotation formelle ;
- des échelles/grilles de cotation ou de suivi étaient présentes, mais vides et non utilisées ;
- des antalgiques étaient administrés, mais sans cotation formalisée, pour s'assurer de l'efficacité des molécules choisies et suivre l'évolution de la douleur à des instants donnés de ce traitement médicamenteux, à court, moyen voire à long terme, le cas échéant.

Seule une cotation avec plus de deux valeurs a donné lieu à une réponse positive à cet indicateur, avec un écart pertinent entre les deux valeurs.

L'UQC devra préciser la façon dont elle évalue le suivi de la douleur. En effet, pour ces contrôles, l'UQC recherche si la douleur est évaluée mais aussi si cela est réalisé à des fréquences régulières établies par le prestataire et à des périodes clé (exemple : admission/retour hospitalisation, lors de soins spécifiques ou invasifs). Le constat de l'absence de douleur fait également partie du suivi recherché.

Concernant l'utilisation d'échelles : On remarquera que ce pourcentage est plus élevé que le pourcentage lié au suivi de la douleur, car il recense si le prestataire utilise des échelles ou s'il a la possibilité de coter via des échelles adaptées. Cela a donc été relevé même si, au moment du contrôle pour les dossiers observés, une cotation et un suivi formalisé n'était pas présent.

Ainsi dans 75% des cas, ces échelles sont présentes et permettent un suivi de la douleur de la personne avec une adaptation à ses besoins spécifiques notamment pour les personnes non communicantes.

Les échelles qui ont été le plus largement identifiées lors de ces contrôles :

Échelles d'auto-évaluation

EVA : Échelle visuelle analogique. C'est une échelle qui mesure l'intensité douloureuse à l'aide d'une réglette en position verticale ou horizontale graduée de 0 à 10 sur une face (face soignant) avec un curseur que la personne peut déplacer sur l'autre face.

EVS : Échelle verbale simple (EVS). L'échelle verbale simple est souvent la préférence des soignants et des patients âgés. En effet, ceux-ci peuvent qualifier leur douleur avec des mots simples et familiers. Elle est simple et rapide à utiliser à l'exception des sujets présentant des troubles cognitifs très sévères. La quasi-totalité des personnes est capable de la réaliser.

Échelle d'hétéro-évaluation

L'échelle « Doloplus » permet une évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. C'est une échelle qui est à utiliser pour coter en équipe pluridisciplinaire de préférence. La cotation par plusieurs soignants de profession différente est préférable. La cotation systématique à l'admission du patient servira de base de référence. C'est une échelle qui nécessite un apprentissage.

On aura remarqué aussi quelques initiatives propres comme un suivi de la douleur avec échelles adaptées aux capacités de la personne avec une échelle visuelle avec systèmes de couleurs et émoticônes spécifiques (système construit en collaboration avec les résidents d'un ESI).

e Résultats concernant les hospitalisations

Pour cette rubrique, les informations suivantes seront recherchées :

- les dates et les motifs d'hospitalisation au moins des deux dernières années ;
- les rapports d'hospitalisation transmis par l'établissement hospitalier.

Dans 88% des dossiers, ces informations étaient présentes. On remarquera qu'on trouve toujours très facilement les dates d'hospitalisations, car il existe chez toutes les entités contrôlées, un listing des absences ou 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 directement un impact sur les prestations qui seront mises en compte à l'organisme gestionnaire. Ce listing comporte parfois le motif d'hospitalisation, mais ce n'est pas le but premier de ce type de listing même si cela est 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, 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.

f 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. »

4 prestataires sur les 16 prestataires contrôlés n'ont pas été en mesure de présenter une semaine type.

Pour les autres, les résultats montrent qu'ils peuvent tous présenter un détail des aides et soins, l'accompagnement et l'encadrement quotidiens.

Détails des aides et soins présents	100%
Accompagnement et encadrement quotidien décrits	100%
Historique des mises à jour disponible	83%
Mise à jour de moins de 3 mois	83%
Eléments non réalisés retraçables	83%

Il est important de noter que cette semaine-type est un des nouveaux documents demandés par le RDG du 13.12.2017 avec la fiche de transfert, c'est pourquoi elle a été analysée plus en détail.

Comme pour la fiche de transfert, la forme que doit prendre cette semaine-type est au libre choix du prestataire qui la présente en fonction de son format de documentation.

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

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.

L'UQC a pu constater que, parfois, cette semaine type reprenait la liste des actes de la synthèse. Cependant, il pourrait être pertinent que la semaine type récapitulative de la planification des soins et activités utilise un langage qui ne soit pas uniquement le libellé de l'acte mais plus une description des aides et soins et activités à réaliser.

Il est important également que le prestataire documente la planification des activités d'appui à l'indépendance dans cette semaine type. Si les activités planifiées étaient décrites dans la documentation, il était cependant parfois difficile de retrouver si elles étaient réellement prestées, étant donné que la documentation des thérapeutes se trouve parfois dissociée de la documentation générale.

La semaine-type pouvait prendre différentes formes :

- une description complète des aides et soins à fournir sur la base du modèle du diagnostic infirmier ENP ;
- une grille semaine-type présentant les actions planifiées. Chaque acte effectué (ou non) est retraçable par la signature du soignant (encodage manuel) ;
- un tableau Excel qui reprend l'organisation générale de la prise en charge, puis l'organisation matin/après-midi/nuit avec une actualisation chaque semaine et une validation ou des changements renseignés au besoin par le soignant (manuellement) ;
- un plan de soins qui reprend toutes les actions planifiées avec les jours et le type d'action à faire, mais aussi ce qui n'a pas pu être réalisé: cela est recensé via un système de couleur (vert réalisé - rouge non réalisé).

g Activités d'appui à l'indépendance

Les activités d'appui à l'indépendance (AAI) sont accordées entre autres pour maintenir l'autonomie restante pour la réalisation des actes essentiels de la vie (AEV) mais aussi pour faciliter l'exécution des AEV par le personnel soignant/l'entourage.

Un accent particulier a été mis sur les obligations des prestataires en matière de documentation dans l'article 44 de la « Convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de

santé et la Fédération COPAS a.s.b.l ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports entre la Caisse nationale de santé et les prestataires d'aides et de soins ».

Art. 44. : 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 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.

Les conclusions du « Bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'Assurance dépendance », publié en 2013, avaient montré une augmentation importante des dépenses pour les activités de soutien avec un doublement au cours des 9 dernières années. En 2014, elles représentaient 28% des dépenses totales de l'assurance dépendance.

C'est pourquoi l'UQC a souhaité mettre l'accent sur ces activités qui existaient avant la réforme mais dont les objectifs ont été précisés dans le « Référentiel des aides et soins de l'assurance dépendance »¹⁷.

L'UQC a donc regardé si les activités proposées étaient adaptées à l'état et aux besoins du demandeur, si leurs objectifs étaient clairement définis et donc si leur but était bien de compléter et soutenir les prestations d'aides et de soins pour les AEV, ne pouvant en être dissociées.

On remarquera que les objectifs de prise en charge des AAI sont présents dans les trois quarts des dossiers contrôlés (74%).

Lorsque des objectifs de prise en charge étaient identifiables, il ne s'agissait pas dans la totalité des cas à des objectifs identifiables comme étant en lien avec les AEV : des objectifs en lien avec les AEV ont pu être clairement identifiés pour 70% des dossiers avec une activité objectivée.

De plus pour 2 ESC et pour un des deux réseaux contrôlés, l'UQC n'a retrouvé aucune 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. Si des activités spécialisées sont réalisées alors qu'elles ne sont pas prévues dans la synthèse de prise en charge il reste important de les recenser et d'en retrouver les objectifs. La documentation est un outil pour suivre l'ensemble de la prise en charge

Enfin, 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.

On aura remarqué que parfois la documentation liée aux AAI est 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 terme de coordination, il est essentiel qu'il y ait une bonne communication entre les soignants et les thérapeutes qui échangent des observations et des

¹⁷ Annexe B du « Règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance »

informations sur 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.

h Résultats concernant la fiche de transfert

Le contrôle de la fiche de transfert, dans son détail, a été réalisé via le recensement au cours de l'été 2019 (cf. partie 1.6.1). Dans le cadre des visites des contrôles de documentation, l'AEC a cherché à voir si cette fiche de transfert pouvait être générée à la demande et s'il s'agissait d'un document synthétique, de quelques pages.

C'est dans ce contexte que l'UQC a remarqué qu'il serait plus pertinent d'analyser, lors de ces visites de contrôle, le contenu de ces fiches : en effet, on a pu voir les limites du mode de contrôle qui avait initialement été prévu (cf. partie précédente 1.6.1).

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 et pour les 16 contrôles réalisés, elle existait dans **100% des cas. Des fiches de transfert ont donc pu être fournies à l'AEC pour chaque personne concernée.**

Ces fiches **étaient pour moitié complètement informatisées, ont été compilées à la demande et imprimées au moment du contrôle.** 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. De plus, certains systèmes permettent d'ajouter des informations en fonction des besoins. Par exemple, certains systèmes permettent d'inclure des bilans supplémentaires (p.ex. : listing des chutes, si le motif de transfert est une chute avec suspicion de fracture). Il y a ainsi une base qui se retrouve sur chaque fiche de transfert, puis des informations « à la carte » sont rajoutées en fonction de ce qui est jugé pertinent.

En demandant aux prestataires de lui fournir les fiches de transfert au moment du contrôle de la documentation, l'équipe de l'UQC a pu identifier dans un ESC que certaines fiches de transfert qui compilaient les informations directement du système informatisé n'étaient pas à jour pour certains résidents. En effet, les informations dans la fiche de transfert ne peuvent être à jour et pertinentes que si la documentation est à jour et bien remplie. Cependant, le jour du contrôle, la documentation des résidents n'était pas forcément actualisée au vu des informations reçues.

L'UQC a pu se rendre compte aussi de différentes pratiques avec une fiche type « template » vide qui est remplie juste au moment du transfert. Cette façon de faire oblige les soignants à rechercher les informations dans la documentation de soins et ce document sera alors rempli manuellement ou via traitement de texte. Pour ce type de fiche, il serait pertinent de s'assurer que les informations fixes (données administratives, allergies connues, troubles spécifiques, consignes particulières) soient déjà pré-remplies pour faciliter le travail du soignant.

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

i Format de la documentation

Sur les 16 entités contrôlées, 4 effectuent une gestion des informations et un suivi lié aux bénéficiaires et leur prise en charge **uniquement sur un support papier** (correspondant donc à ¼ des entités contrôlées). On rappellera que l'article 387 bis, §2 du CSS précise « *...La documentation de la prise en charge, accessible par des moyens informatiques, comporte les données administratives* ».

Certains suivis (nombre de chutes, listing des interventions d'autres prestataires) sont réalisés en

traitement de texte ou via tableur, mais la documentation de soins en tant que telle est uniquement constituée de documentation papier (p. ex. : template avec différentes rubriques à remplir, grilles de suivi à remplir, transmission sous forme de fiches, schéma à compléter avec code couleurs, etc...).

Cette documentation de la prise en charge disponible uniquement en format papier est souvent constituée de différents documents rassemblés dans un ou plusieurs classeurs. Les informations peuvent se trouver dans différents endroits. Cette multiplication des sources, avec des documents parfois conservés dans des endroits différents, ne participe pas à retrouver facilement le fil rouge de la prise en charge.

Les quatre entités fonctionnant actuellement uniquement sur support papier ont toutes précisé que la recherche de solutions informatiques correspondant à leurs besoins ou la mise en œuvre d'une solution informatique étaient en cours. L'UQC a rappelé les obligations légales et contrôlera à nouveau prioritairement ces entités/prestataires lors des seconds contrôles à mettre en œuvre.

Deux CIPA ont un système hybride où une partie est informatisée et l'autre est encore constituée par un suivi dans plusieurs classeurs avec une documentation papier.

Concernant les documentations complètement informatisées : elles se présentent dans des dossiers sous forme d'onglets ou de rubriques avec des échelles accessibles. La navigation est plus ou moins aisée et certains prestataires sont dans une démarche d'amélioration continue, interagissant régulièrement avec leurs prestataires de services informatiques pour préciser une rubrique ou en améliorer l'ergonomie. Certains ont créé eux-mêmes, sous traitement de texte et tableurs une documentation spécifique qu'ils complètent au fur et à mesure de façon informatisée. Il existe différents logiciels ou types de programmes. L'UQC s'attelle à vérifier la présence ou l'absence d'informations, quelle que soit la solution informatique retenue par les prestataires.

On remarquera que parfois un dossier informatique ne se trouve pas au même endroit que le logiciel de documentation. Il vient parfois compléter des rubriques qui ne sont pas (encore) dans le logiciel. Chez certains prestataires, l'intégration est en cours, avec une informatisation qui est en train de se généraliser. Si cela était le cas, l'UQC a cependant estimé qu'il s'agissait d'une documentation informatisée même si l'informatisation n'était pas complètement achevée.

1.6.3 Conclusions « Documentation de la personne prise en charge »

Nouveau document introduit suite à la réforme, la fiche de transfert n'est pas encore un document entièrement mis en place dans le secteur des soins de longue durée et il incombe aux prestataires d'améliorer ce document voire de le créer afin qu'il soit un document condensé, pertinent et à jour.

La manière de contrôler son existence et son contenu sera adaptée et se fera dans les contrôles in situ, comme l'UQC en a déjà faits.

Si on ne peut pas étendre au niveau national les résultats et conclusions des premières visites de contrôle, celles-ci ont cependant permis de faire un constat sur un nombre limité de dossiers et de prestataires. Ce constat permet déjà d'identifier des pistes de réflexions et de sujets à aborder avec les prestataires et la COPAS lors des échanges et réunions de travail régulières.

Trois quarts des prestataires contrôlés ont une documentation informatisée.

Pour tous les prestataires contrôlés, les données administratives étaient très bien documentées. Les informations recherchées sur la synthèse de prise en charge de l'AEC se sont cependant montrées partielles, car les prestataires n'étaient pas en mesure de fournir le niveau de détails correspondant à celui de la synthèse de prise en charge de l'AEC. Ce constat devra être discuté tant avec la CNS qu'avec les prestataires via la COPAS.

Concernant les informations liées aux indicateurs de la qualité de la prise en charge, une amélioration liée au suivi factuel, via l'utilisation d'échelles, objectivant les informations données par les bénéficiaires ou les observations des soignants, sera nécessaire dans le cadre du suivi de la douleur.

Le suivi du poids de façon mensuelle se doit d'être davantage rigoureux et les difficultés mentionnées pour le suivi du poids à domicile devront trouver une réponse adaptée.

Afin de compléter les indicateurs escarres et de chutes, il conviendra de continuer et de renforcer l'identification des risques rentrant dans la politique de prévention des prestataires pour les thématiques abordées.

Pour les deux nouveaux documents introduits par la réforme de 2018, les seize prestataires ont pu présenter une fiche de transfert, c'est-à-dire un document succinct, compilant toute les informations demandées. Cependant, quatre d'entre eux n'ont pas pu présenter de semaine type en tant que telle. Enfin, et alors qu'il s'agit d'une exigence accentuée dans la convention cadre, un quart des dossiers contrôlés ne reprenait pas les objectifs des activités d'appui à l'indépendance.

Chaque prestataire, dont la documentation a été contrôlée, a reçu un rapport reprenant les constats faits par l'équipe de l'UQC lors du contrôle, après avoir été informé, en fin de visite via un débriefing général. De plus, lors des contrôles, la direction de soins était généralement présente ou représentée.

Afin de rendre les résultats plus parlants, l'UQC présentera les résultats à l'avenir de façon plus détaillée, sur le modèle des résultats de l'analyse des fiches de transfert.

Les rapports de visite pour les seize prestataires contrôlés ont également été construits sur ce modèle, identifiant pour chaque rubrique le ou les items manquants pour au moins un des dossiers contrôlés. De même, il conviendra de faire un retour plutôt par items que par rubrique. Cela facilitera de plus le suivi lors de contrôles ultérieurs. Cela permettra également de faire ressortir plus aisément, au niveau national, les items pour lesquels l'information était absente.

2 La politique de réévaluations

2.1 Les réévaluations grâce à l'outil mySecu

L'outil de réévaluation via la plateforme mySecu a été mis en place en juillet 2019 pour les premiers prestataires. Depuis cette première grande étape et jusqu'en mars 2020, le CISS a ouvert **61 espaces** de différents prestataires dont l'ensemble des établissements à séjour continu (52) et les 9 réseaux d'aides et de soins généralistes.

Une équipe de l'Unité qualité et contrôle accompagne tous les prestataires afin de les soutenir dans leur utilisation de l'outil, mais aussi pour s'assurer que les informations renseignées correspondent aux standards attendus par l'AEC ; ces attentes ont été reprises dans le guide métier (cf. partie concept 2.1.5).

Cette équipe mySecu réceptionne et analyse les démarches envoyées par les prestataires. Chaque prestataire est personnellement contacté afin de faire le point sur les démarches remplies via un entretien téléphonique. Cet entretien téléphonique a pour but de mettre en évidence les bonnes pratiques mais aussi de discuter des points à améliorer afin de s'assurer de la qualité des informations transmises.

Il ne faut pas oublier que c'est sur base de ces informations que le référent de l'AEC détermine la synthèse de prise en charge du bénéficiaire d'aides et de soins.

Pour certains prestataires, cet entretien téléphonique n'a pas permis d'aborder l'ensemble des points à améliorer, c'est pourquoi l'AEC a pris l'initiative de faire des visites sur place dans 6 établissements et 2 réseaux d'aides et de soins dans le but de discuter du remplissage de l'outil et de guider les responsables.

Les constats ci-après se basent sur les démarches initialisées entre le 17.07.2019 - date à laquelle les premières démarches ont été initialisées - et le 29.02.2020.

Le 30.08.2019, les premières démarches ont été renvoyées à l'AEC pour traitement par l'équipe mySecu.

Il convient de noter qu'après les réunions d'information des prestataires, les délais avant d'avoir pu

ouvrir et alimenter leur plateforme ont été très variables et parfois prolongés. En effet, un ensemble de documents relatifs au traitement des données lie les différentes parties prenantes : ces documents ont dû transiter entre les 3 contractants. De plus, pour un nombre non négligeable de prestataires, il a fallu attendre la délivrance des produits LuxTrust pour la mise à disposition de leurs utilisateurs. Enfin, certains prestataires ont opté pour une solution « webservice » pour laquelle un temps de développement et de programmation de la part des prestataires a été nécessaire.

2.1.1 Nombre d'espaces ouverts

Au 29.02.2020, on dénombre 61 espaces ouverts dont 52 pour les ESC (c'est-à-dire l'ensemble des ESC) et 9 pour les RAS.

2.1.2 Délais de remplissage

Les prestataires ont **4 semaines** pour remplir les démarches qui ont été déposées par l'AEC sur leur plateforme personnelle.

Le délai de réponse moyen observé pour toutes les démarches renvoyées par le prestataire est de 26 jours calendaires, respectant donc, en moyenne, le délai demandé.

Si le prestataire rencontre des difficultés pour respecter le délai de 4 semaines, il peut contacter l'AEC, ce qui évite ainsi de lui envoyer un rappel. Pour le bon déroulement et la gestion de ces démarches, le délai normal est cependant de 4 semaines.

2.1.3 Nombre et type de réévaluations traitées via l'outil mySecu

L'AEC a alimenté **563 démarches** du 17.07.2019 au 28.02.2020 sur cette plateforme pour que les prestataires puissent réévaluer le bénéficiaire. La très grande majorité des démarches a été retournée et déterminée (**83%**). Au 28.02.2020, sur les 17% des démarches en cours de traitement, **6%** étaient en cours de détermination auprès de l'équipe dédiée de référents et **11%** en cours de remplissage chez les prestataires.

Il s'agit pour une grande partie de réévaluations que l'AEC a initiées elle-même. En effet, l'AEC a recherché, par prestataire, les plus anciens dossiers qu'il convenait d'actualiser.

L'AEC souhaite cependant éviter de traiter par l'outil mySecu des dossiers trop anciens, c'est la raison pour laquelle il a été décidé que les dossiers datant d'avant le 01.01.2015 ne seraient pas traités par le biais de l'outil mySecu.

Pour la période considérée, l'AEC a procédé à l'ouverture de 457 démarches, constituant plus de **81%** de l'ensemble des réévaluations via mySecu.

Mais l'AEC a aussi puisé dans le stock des réévaluations qui ont été demandées par le bénéficiaire, son entourage ou le prestataire et qui étaient en attente d'évaluation. Cela représente **16%** du total des réévaluations traitées via l'outil mySecu lors de la période considérée.

Enfin, les demandes de réévaluations introduites avant le délai d'un an après la décision ont également été traitées par l'outil mySecu. Ceci est en effet particulièrement pertinent étant donné que la dernière évaluation, réalisée par l'AEC, est récente. Ces réévaluations avant 1 an constituent **3%** du total.

Pour la période considérée, **22% de l'ensemble des réévaluations qui ont donné lieu à une synthèse de prise en charge ont été traitées via l'outil mySecu** (source : DWH AEC).

2.1.4 Evolution des synthèses

Parmi les synthèses qui ont été mises à jour sur base des données fournies par le prestataire, on remarquera que **15%** des synthèses présentent le même niveau de dépendance qu'avant la réévaluation et **15%** ont diminué (entre 1 et 6 niveaux de dépendance).

Les niveaux de dépendance **ont augmenté** dans la très grande majorité des cas, c'est-à-dire pour plus de **70% des synthèses concernées**.

La variation dans les niveaux de dépendance peut être très importante. On remarque une différence de niveau qui peut aller de 1 niveau à 11 niveaux de dépendance. Au niveau des augmentations, **82% concernent des augmentations de 1 à 5 niveaux** ; les augmentations de deux niveaux (entre 1 et 2) représentant la moitié d'entre elles. Les augmentations de 9-10 et 11 niveaux de dépendance confondus représentent 4% du total des synthèses qui ont augmenté.

Pour les diminutions de niveaux de dépendance, la variation est moins importante et s'échelonne d'un niveau de dépendance à 6 niveaux de dépendance. La majorité des diminutions (81%) correspond à 1 et 2 niveaux de dépendance.

2.1.5 Conclusions « Réévaluations grâce à l'outil mySecu »

Au 29.02.2020, un peu plus de 20% des réévaluations traitées sur la période considérée l'ont été via l'outil mySecu. L'AEC ambitionne d'augmenter considérablement l'utilisation de l'outil qui participera à la mise à jour des synthèses de prise en charge.

Les personnes qui ont été réévaluées lors de la période considérée ont vu leur niveau de dépendance augmenter dans 70% des cas par rapport à leur dernière évaluation.

Il est important de remarquer que ces réévaluations n'avaient très majoritairement pas été demandées par les prestataires d'aides et de soins comme l'article 366 § 1, dernier alinéa du CSS le leur permet.

Le changement majoritaire des niveaux de dépendance devra amener une analyse plus détaillée des pathologies présentées par les bénéficiaires concernés et nécessite de regarder quelle a été l'évolution de leur état de santé. De plus, un travail de réflexion, en collaboration avec les prestataires via la COPAS, est à envisager. Pourquoi ne pas avoir introduit de demande de réévaluation alors que le niveau de dépendance n'est plus actuel ? Le fait de ne pas demander de réévaluation peut avoir une influence non négligeable pour le prestataire lui-même en termes de gestion des ressources humaines.

Concernant la plateforme mySecu et l'outil de réévaluation :

Des améliorations sont apportées à l'outil en continu.

Une des plus importantes améliorations est la traduction de l'outil en allemand, afin de permettre aux utilisateurs germanophones de l'utiliser plus aisément. De même, l'environnement mySecu sera lui aussi traduit. Jusqu'à présent, les utilisateurs germanophones devaient utiliser le support en français mais pouvaient fournir leurs réponses et argumentations en allemand. La mise à disposition de l'outil traduit était prévue pour le printemps 2020, mais en raison de l'épidémie de Corona virus, celle-ci a été retardée.

L'évolution la plus remarquable en terme d'utilisation sera aussi la mise à disposition d'une interface « Administrateur de l'espace ».

Envisagée par l'équipe de développement de la plateforme comme option intéressante, elle s'est révélée très importante pour les prestataires d'aides et de soins qui souhaitent, s'ils utilisent la connexion via produit LuxTrust, pouvoir gérer eux-mêmes les accès de leurs utilisateurs.

Cela permettrait :

- une autonomie et une réactivité en temps réel pour toutes les demandes d'accès ou de retrait. Cela doit passer dans une 1^{ère} phase par l'AEC qui assure la logistique pour l'ouverture des droits aux entités elles-mêmes mais aussi à chacun de ses utilisateurs ;
- la gestion, selon les besoins ou les évolutions de postes/carières chez le prestataire, par l'administrateur de l'espace. L'administrateur de l'espace gèrera directement les droits d'écriture, de lecture ou d'envoi, et le cas échéant, pourra retirer ses droits à l'utilisateur concerné directement, sans passer par l'intermédiaire AEC.

La mise à disposition de cette fonctionnalité générale de la plateforme mySecu était également prévue pour le printemps 2020. Enfin, il était planifié d'inclure le secteur du handicap à partir de juin 2020.

Le calendrier de l'implémentation de ces différentes mesures devra être adapté pour tenir compte de l'actualité.

2.2 Politique de réévaluations et ancienneté des synthèses

Au 03.02.2020, sur les 4.494 synthèses en cours en **établissement à séjour continu** (ESC = centres intégrés pour personnes âgées et maisons de soins), 4.140 assurés y sont depuis plus de 6 mois.

Sur ces 4.140 personnes dépendantes en ESC (bénéficiaires en vie, en excluant les bénéficiaires hospitalisés), 59,2% (2.451) des synthèses, donc presque les deux tiers, datent de moins de 2 ans. Notons que moins de 10% des plans de prise en charge (404) ont plus de 5 ans. Il s'agit donc là d'assurés admis en établissement d'aides et de soins avant le 01.01.2018 mais qui n'ont pas été réévalués depuis un certain temps.

Ceci dit, on peut cependant raisonnablement supposer que le niveau d'aides et de soins de ces assurés correspond toujours à leur requis (avec les réserves formulées dans le chapitre précédent), vu que leur prestataire d'aides et de soins n'a pas demandé de réévaluation comme l'article 366 §1, dernier alinéa du CSS le lui permet. Qui plus est, la convention-cadre entre la CNS et la COPAS¹⁸ dispose dans son article 12, point 7 que « *La coordination administrative à l'égard de la CNS et de l'AEC comprend notamment les missions suivantes à charge des prestataires (...)* assister la personne dépendante et son entourage dans les démarches nécessaires en cas de changement de sa situation de prise en charge ou de ses modalités d'exécution ».

Rappelons pour mémoire que tous les plans de prise en charge en cours au 31.12.2017 ont été convertis au 01.01.2018 en synthèse de prise en charge avec un niveau de besoins hebdomadaires en aides et soins et les forfaits correspondants (un des 15 forfaits nature pour la prise en charge stationnaire en vertu de l'article 357 CSS).

En ce qui concerne les bénéficiaires en établissement à séjour continu au 03.02.2020 avec une date d'entrée en établissement d'aides et de soins entre le 01.01.2018 et 03.08.2019 (qui sont donc depuis plus de 6 mois en établissement au 03.02.2020) et qui n'ont pas encore été réévalués endéans les 6 mois, ces assurés sont au nombre de 168.

L'ancienneté des plans de ces assurés se ventile de la façon suivante :

Ancienneté des plans	Nombre
2 ans	88
3 ans	32
4 ans	11
5 ans	12
6 ans	12
7 ans	6
8 ans	6
9 ans	1
TOTAL	168

Pour satisfaire aux exigences de l'article 366 §1 point 3 du Code de la sécurité sociale (CSS) qui dispose que « *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* », ces 168 bénéficiaires seront réévalués de façon prioritaire.

Concernant les (8.913) bénéficiaires au **domicile** avec ou sans prestataire (sans tenir compte des ESI) au 03.02.2020, 51,5% (4.590) ont une synthèse de prise en charge datant de moins de 2 ans.

¹⁸ « convention-cadre du 15 décembre 2017 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération COPAS a.s.b.l. ayant pour objet de définir, dans le cadre de la législation relative à l'assurance dépendance, les rapports »

Notons que moins de 1,84% des plans de prise en charge (164) ont plus de 10 ans. Ce chiffre absolu pourrait surprendre, si on ne savait pas que la majorité de ces dossiers sont constitués par les dossiers de « dispositions particulières », c'est-à-dire 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 ».

Il s'agit pour mémoire de prestations pour personnes malvoyantes ou aveugles, de prestations pour personnes malentendantes ou sourdes, de personnes atteintes de spina bifida, d'aphasie, de dysarthrie ou de laryngectomie. Les critères d'attribution de ces dispositions ont pour la plupart certes été modifiés avec l'entrée en vigueur du nouveau règlement grand-ducal précité au 01.01.2018, mais ces modifications sont constituées pour l'essentiel par des assouplissements des conditions à remplir.

On peut donc raisonnablement penser que ces assurés remplissent toujours les critères en question. Il n'y a par conséquent pas de besoin de les réévaluer (par le biais le plus souvent d'une nouvelle expertise), à moins qu'un jour une demande n'émane de ces assurés eux-mêmes lorsqu'ils voudront avoir une synthèse pour aides et soins qui se substituerait le cas échéant aux dispositions particulières en cas d'atteinte du seuil de 210 minutes par semaine d'aides et de soins dans les actes essentiels de la vie prévue à l'article 349 CSS (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 1^{er}, auquel cas les prestations déterminées suivant cet article se substituent aux prestations forfaitaires prévues aux articles 2 à 6 ».).

Notons enfin que 92% de ces 164 bénéficiaires non réévalués n'ont pas de prestataire. Or, une personne assez dépendante mais sans réseau d'aides et de soins atteignait auparavant assez rapidement le maximum des prestations en espèces. Avant l'introduction au 01.01.2018 de la politique de réévaluation systématisée au niveau de l'article 366 CSS qui comporte pour ce type de dossier aussi l'obligation d'une réévaluation régulière des capacités de l'aidant, une réévaluation de ce type de dossiers n'était que rarement demandée par l'assuré.

II. LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'AIDES TECHNIQUES

1 Précisions apportées aux engagements des fournisseurs dans les contrats conclus avec l'organisme gestionnaire

1.1 Le Service Moyens Accessoires (SMA)

Une annexe à la convention entre le SMA et la CNS a été établie en 2019 par le SMA, la CNS et l'AEC, dont le but est de déterminer pour chaque aide technique dont le SMA assure la mise à disposition, les prestations à fournir.

Les obligations retenues dans l'annexe sont cependant uniquement indicatives et reposent sur un engagement libre du SMA, en attendant que la convention entre le SMA et la CNS soit renégociée.

Il est à espérer que la convention, qui date de 2002 et qui ne correspond en grande partie plus, ni à la pratique de la mise à disposition des aides techniques telle qu'elle a évolué au cours des 18 dernières années, ni aux modifications réglementaires qui ont eu lieu en 2006 et 2018, pourra être rapidement actualisée.

1.2 Les autres fournisseurs

Les engagements des autres fournisseurs, définis dans les procédures et masques de saisie pour l'établissement des offres de prix sont révisés et complétés au fil du temps en fonction des difficultés relevées par l'AEC lors du traitement des demandes.

Suite aux entrevues avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers en automne 2019 et au vu de l'expérience acquise de l'AEC dans le cadre de plaintes pour installations non-conformes d'élévateurs d'escaliers, les obligations à respecter par les fournisseurs ont été précisées dans la procédure relative à l'établissement d'une offre de prix pour élévateur d'escalier.

Par ailleurs, le formulaire à remplir par le fournisseur pour l'introduction d'une offre de prix pour élévateur d'escalier a été détaillé, afin de permettre une meilleure analyse de l'offre à l'AEC et de s'assurer que l'installation proposée correspond aux besoins spécifiques du demandeur et du contexte architectural du lieu d'installation.

Les nouveaux documents sont d'application obligatoire depuis le 01.01.2020.

2 Vérifications réalisées quant à la qualité des aides techniques fournies et aux prestations liées

2.1 Résultats de l'enquête de satisfaction concernant les lève-personnes mis à disposition par l'assurance dépendance au cours du deuxième semestre 2019

Pour rappel : En février 2020, un questionnaire enquêtant sur la satisfaction du bénéficiaire par rapport au lève-personne fourni par l'assurance dépendance a été envoyé à toute personne ayant bénéficié de la mise à disposition d'un lève-personne au cours du deuxième semestre 2019. La première partie du questionnaire a concerné la satisfaction du bénéficiaire à l'égard des services prestés par le fournisseur du lève-personne. Les questions de la deuxième partie ont visé la qualité du lève-personne, ainsi que son utilisation.

La participation à l'enquête a été moins élevée que pour d'autres enquêtes de satisfaction en matière d'aides techniques ou d'adaptations du logement réalisées précédemment par l'AEC. Sur 92 questionnaires envoyés, 52 ont été retournés à l'AEC - soit 56%. Cette collaboration moyenne peut s'expliquer par le fait que les personnes nécessitant la mise à disposition d'un lève-personne sont le plus souvent très dépendantes et la disponibilité du bénéficiaire et de son entourage pour répondre au questionnaire peut être diminuée par l'importance des aides et soins à fournir.

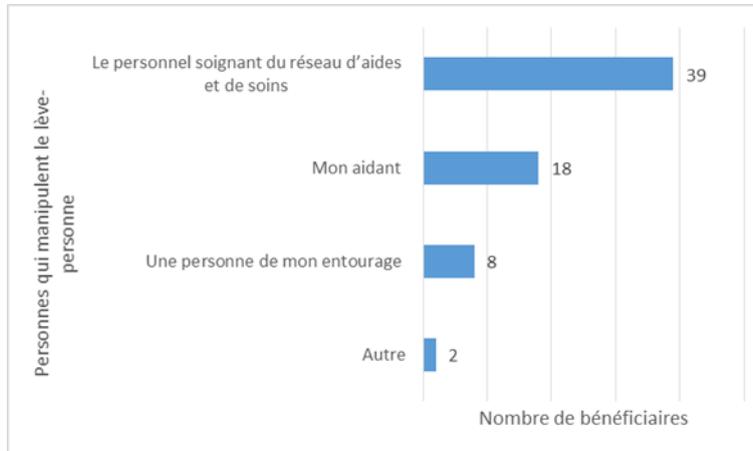
Trois des questionnaires renvoyés n'ont pas été remplis : deux personnes ont indiqué que le lève-personne n'a pas pu être utilisé, car le bénéficiaire ne séjourne plus à domicile ; la troisième personne n'a pas donné de précisions. Un quatrième questionnaire a été rempli pour la première partie des questions uniquement, avec l'indication que le lève-personne ne peut pas être utilisé par le bénéficiaire et la personne aidante.

L'analyse des résultats de l'enquête de satisfaction se basera donc pour la première partie des

questions sur 49 questionnaires et sur 48 questionnaires pour la deuxième partie des questions.

Une question préliminaire s'est renseignée sur toutes les personnes qui manipulent le lève-personne pour réaliser les transferts du bénéficiaire. Plusieurs réponses par bénéficiaire ont été possibles.

Personnes qui manipulent le lève-personne



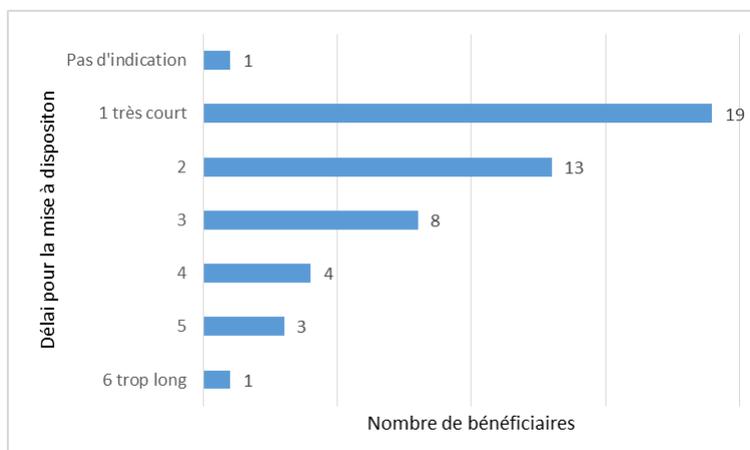
Plus de la moitié des bénéficiaires (58%) indiquent que le lève-personne est manipulé par le réseau d'aides et de soins ; 27% indiquent que les transferts sont réalisés par l'aidant et pour 15% des bénéficiaires une personne de l'entourage ou un autre proche manipule le lève-personne.

Une part importante des transferts avec le lève-personne sont donc effectués par des non-professionnels et la question de la formation de ces personnes par rapport à une manipulation en toute sécurité du lève-personne se pose. Bien que le fournisseur soit dans l'obligation de fournir les explications nécessaires lors de la livraison du lève-personne, il sera à analyser si l'octroi systématique d'une formation liée aux aides techniques n'est pas indiqué dans les cas où le lève-personne est manipulé par un non-professionnel.

2.1.1 La satisfaction du bénéficiaire par rapport au fournisseur qui a livré le lève-personne.

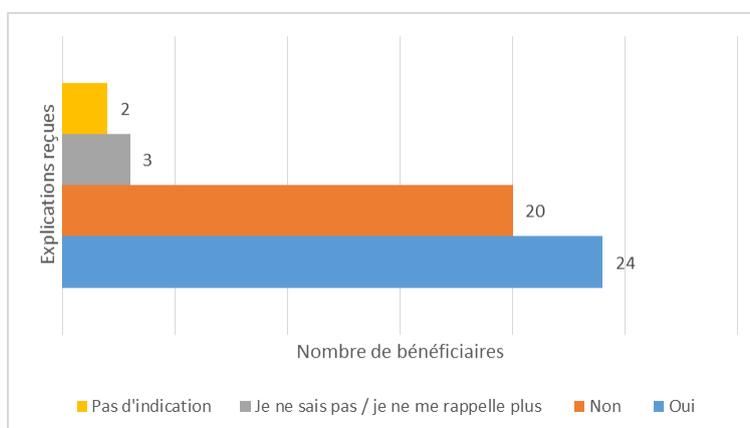
a Délai pour la mise à disposition

En ce qui concerne le temps pour la mise à disposition du lève-personne, 65% des bénéficiaires estiment que ce délai a été très court ou court, 25% des bénéficiaires ont trouvé ce délai moyennement long et pour 8% des bénéficiaires, il a été long voire trop long. Une personne n'a pas répondu à la question.



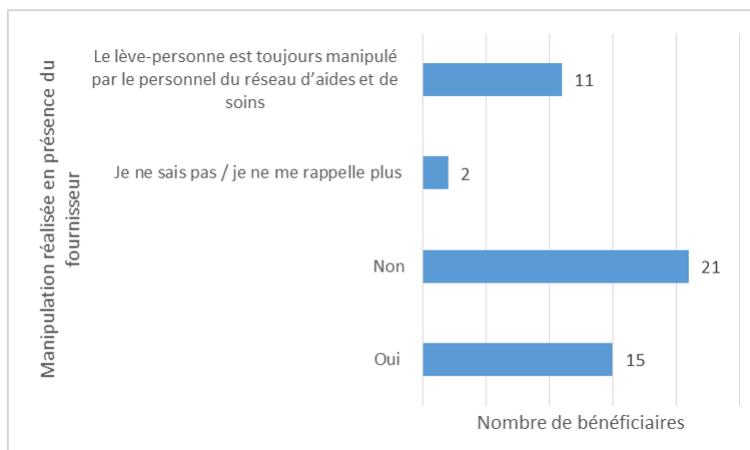
b Explications reçues

Près de la moitié, soit 49% des bénéficiaires indiquent avoir reçu les explications nécessaires quant à l'utilisation du lève-personne. 41% signalent ne pas avoir reçu de renseignements et 6% des bénéficiaires ne se souviennent plus. Deux personnes n'ont pas répondu à la question.



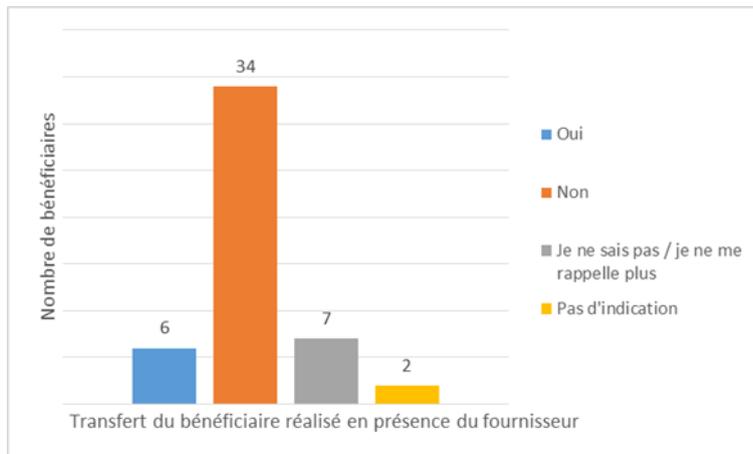
c Manipulation réalisée en présence du fournisseur

31% des personnes ayant répondu au questionnaire indiquent avoir manipulé le lève-personne en présence du fournisseur, 43% n'ont pas réalisé d'essai et 4% ne se souviennent plus. Pour 22% des bénéficiaires, tous les transferts sont effectués par les professionnels du réseau d'aides et de soins.



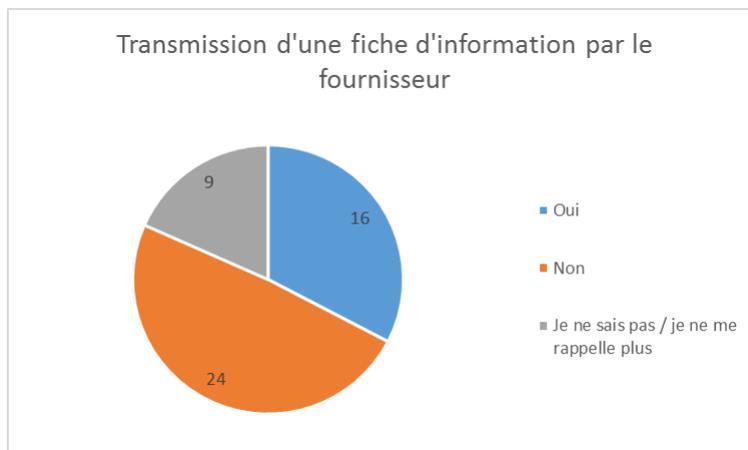
d Transfert réalisé en présence du fournisseur

Uniquement 12% des bénéficiaires ont été transférés avec le lève-personne en présence du fournisseur, 69% n'ont pas réalisé de transfert et 14% des bénéficiaires ne se souviennent plus. 4% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.



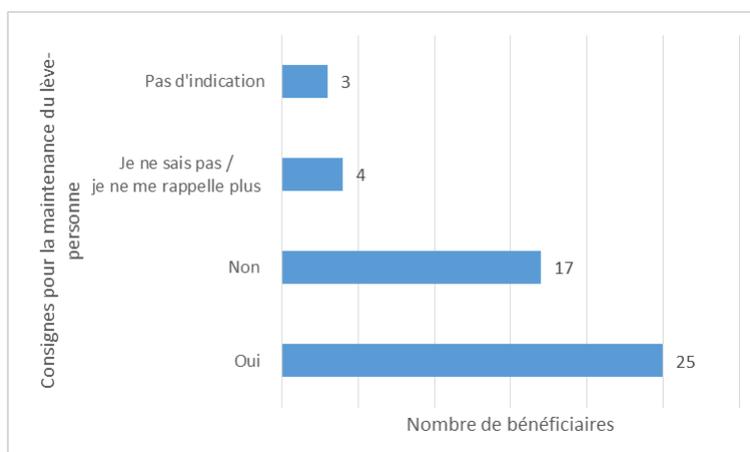
e Transmission d'une fiche d'information

33% des bénéficiaires ont reçu une fiche d'information concernant l'utilisation du lève-personne. Près de la moitié des bénéficiaires, soit 49% indiquent ne pas en disposer et 18% ne se souviennent plus s'ils ont reçu une telle fiche.



f Consignes pour la maintenance du lève-personne

Des consignes quant à la maintenance du lève-personne, notamment le chargement de la batterie, ont été transmises à plus de la moitié des bénéficiaires (51%). 35% des personnes ayant répondu au questionnaire indiquent ne pas avoir reçu d'instructions et 8% ne se souviennent plus. 6% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.



g Personne de contact en cas de problème techniques

82% des bénéficiaires savent à qui s'adresser en cas de panne ou de problème technique. 16% des personnes ayant répondu au questionnaire ne connaissent pas les coordonnées du fournisseur et 2% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.

h Conclusion quant à la qualité prestée par le fournisseur

On peut constater que la très grande majorité des personnes ayant répondu au questionnaire sont satisfaites du délai pour la mise à disposition du lève-personne. Il s'agit en effet d'une aide technique qui peut être demandée par la « Helpline aides techniques » et être mise à disposition sans évaluation au préalable par un référent de l'AEC. 61% des lève-personnes mis à disposition des bénéficiaires au cours du deuxième semestre 2019 ont été commandés par la « Helpline aides techniques ».

Uniquement la moitié des bénéficiaires se souviennent avoir reçu les renseignements nécessaires par le fournisseur pour une utilisation en toute sécurité du lève-personne.

Il est inquiétant de constater que seulement 31% des personnes ayant répondu au questionnaire ont manipulé le lève-personne en présence du fournisseur et qu'uniquement 12% des bénéficiaires ont été transférés avec le lève-personne lors de la livraison de l'aide technique. Il est essentiel en effet que les personnes qui sont censées manipuler le lève-personne soient présentes lors de la livraison et qu'elles réalisent une mise en situation avec le bénéficiaire. Les objectifs de cet essai en présence du fournisseur étant la connaissance des différentes fonctionnalités du lève-personne par la personne aidante, la recherche du meilleur positionnement du lève-personne pour effectuer les transferts et la vérification de la convenance du modèle de harnais fourni. Des types différents de harnais existent et les modèles standards fournis ne conviennent pas toujours.

22% des bénéficiaires ont indiqué que tous les transferts sont réalisés par le réseau d'aides et de soins. Une manipulation du lève-personne par ces professionnels lors de la livraison n'est pas obligatoire mais à recommander, vu que les modèles de lève-personnes fournis diffèrent et que la connaissance des différentes fonctionnalités permet d'assurer des transferts plus aisés.

Uniquement un tiers des bénéficiaires indiquent avoir reçu une fiche d'information, résumant les points importants du mode d'emploi du lève-personne fourni.

Plus de la moitié des bénéficiaires indiquent avoir reçu des consignes quant à la maintenance du

lève-personne, notamment le chargement de la batterie. Il est en effet primordial que le chargement des batteries soit effectué dans les règles de l'art, afin d'éviter leur renouvellement abusif et des frais liés élevés.

82% des bénéficiaires savent à qui s'adresser en cas de panne ou de problème technique.

Face à ces constats et afin d'assurer une utilisation en toute sécurité de cette aide technique complexe, il est évident que des actions doivent être prises afin de formaliser les prestations à fournir obligatoirement par les fournisseurs de lève-personnes.

Une fiche de réception, détaillant les prestations incluses dans la livraison d'un lève-personne, doit être établie par l'AEC et sera dorénavant à signer par le bénéficiaire lors de la fourniture d'un lève-personne.

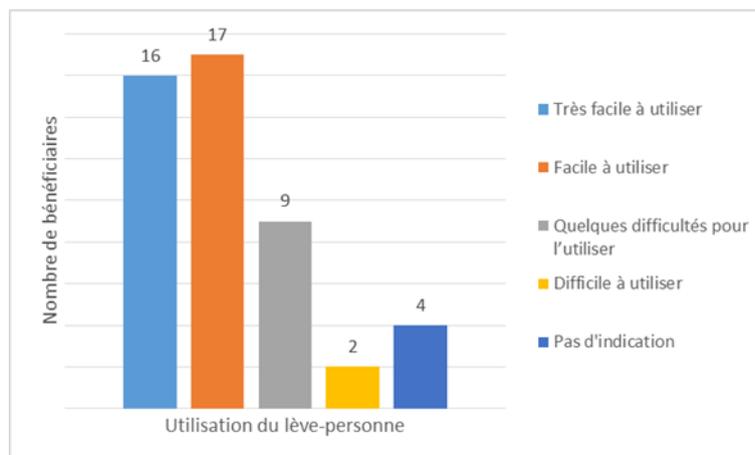
Des contrôles réguliers du respect de ces consignes seront à effectuer par l'AEC.

2.1.2 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation du lève-personne.

a Facilité d'utilisation et sentiment de sécurité

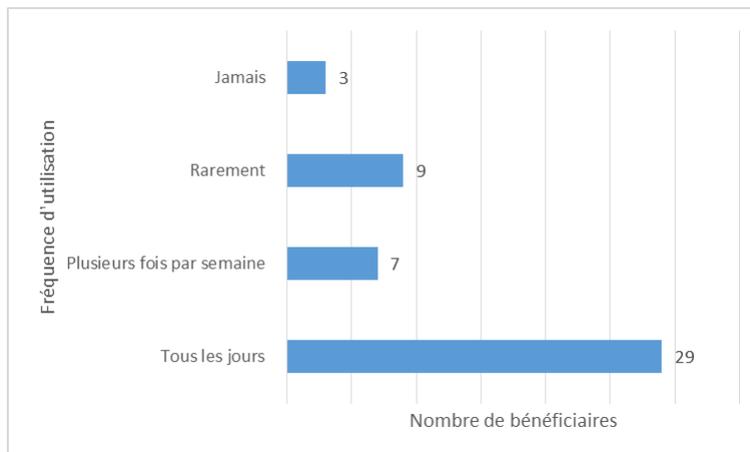
La majorité, soit 69 % des personnes ayant répondu au questionnaire considèrent que le lève-personne est facile, voire très facile à utiliser. 19% indiquent avoir quelques difficultés pour l'utiliser et 4% estiment que le lève-personne est difficile à manipuler. 8% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.

Près d'un tiers, soit 31% des bénéficiaires ne se sentent pas en sécurité lorsqu'ils sont transférés avec le lève-personne. 63% des bénéficiaires se sentent en sécurité et 6% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.



b Fréquence d'utilisation

La grande majorité des bénéficiaires, soit 75%, utilisent le lève-personne tous les jours ou plusieurs fois par semaine. 19% des personnes qui ont répondu au questionnaire utilisent le lève-personne rarement et 6% indiquent ne jamais l'utiliser.



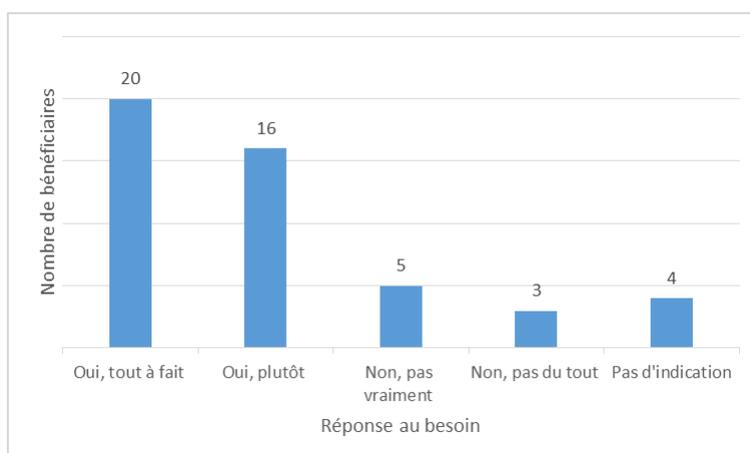
c Utilisation du lève-personne et réponse aux besoins

83% des bénéficiaires n'ont pas rencontré de problème avec le lève-personne depuis sa mise à disposition. Pour les 13% de bénéficiaires qui ont eu des difficultés, tous les problèmes ont pu être résolus par le fournisseur ou dans un cas par les professionnels du réseau d'aides et de soins. 4% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.

Une personne signale que le harnais glisse parfois des crochets de suspension et que le lève-personne fonctionne par à-coups. Le dossier a été transféré au Service moyens accessoires pour contrôle technique et entretien.

Une autre personne indique que le problème était lié au personnel du réseau d'aides et de soins, qui n'était pas formé pour l'utilisation du lève-personne.

Trois-quarts des bénéficiaires indiquent que le lève-personne répond tout à fait ou plutôt à leurs besoins. 17% considèrent que cette aide technique ne répond pas vraiment, voire pas du tout à leurs besoins. 8% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.



d Impact de la mise à disposition du lève-personne

Plus de 80% des personnes ayant répondu au questionnaire considèrent que la mise à disposition du lève-personne a apporté des changements positifs dans leur quotidien.

De nombreux commentaires très positifs concernant l'impact du lève-personne sur les aides et soins à fournir ont été émis par les bénéficiaires. Pour certains, les transferts du bénéficiaire seraient impossibles sans lève-personne, confinant le bénéficiaire au lit ou même, mettant en péril le maintien à domicile.

Une personne aidante considère que l'utilisation du lève-personne, qui avait été commandé par le réseau d'aides et de soins, a eu un impact psychologique négatif sur le bénéficiaire et que des transferts manuels à l'aide de deux personnes soignantes seraient plus bénéfiques.

Une autre personne regrette que le lève-personne ait été livré sans visite des lieux pour déterminer le modèle convenant au mieux au contexte architectural et aux besoins du bénéficiaire.

e Conclusion quant à l'utilisation du lève-personne

On peut retenir que malgré une initiation lacunaire des bénéficiaires et de leurs personnes aidantes par le fournisseur, une majorité des bénéficiaires (69%) considèrent que le lève-personne est facile, voire très facile à utiliser.

Il est préoccupant de constater, que près d'un tiers (31%) des bénéficiaires ne se sentent pas en sécurité lorsqu'ils sont transférés avec le lève-personne. Des mesures, telles qu'une mise en situation systématique lors de la livraison du lève-personne par le fournisseur et l'octroi d'une formation à l'utilisation de l'aide technique aux personnes qui manipuleront le lève-personne devront être de rigueur pour assurer des transferts dans la confiance aux bénéficiaires.

Trois-quarts des bénéficiaires utilisent le lève-personne quotidiennement ou plusieurs fois par semaine et considèrent qu'il répond tout à fait ou en grande partie à leurs besoins.

6 personnes, soit 12% des personnes ayant retourné le questionnaire, n'utilisent donc pas le lève-personne.

Pour les bénéficiaires séjournant encore à domicile, il s'agira d'analyser si le type de lève-personne fourni convient au contexte architectural et aux besoins du bénéficiaire. Par ailleurs, il faudra s'assurer que les personnes aidantes ont reçu les informations et mises en pratique nécessaires pour pouvoir manipuler le lève-personne.

Néanmoins, pour la très grande majorité des bénéficiaires (80%), le lève-personne a un impact positif sur leur vie au quotidien. Il permet pour certains de réaliser des transferts qui seraient impossibles par la seule aide manuelle de deux personnes et d'assurer un maintien à domicile du bénéficiaire.

2.1.3 Conclusion sur l'enquête de satisfaction concernant les lève-personnes

La très grande majorité des bénéficiaires sont satisfaits du délai pour la mise à disposition du lève-personne, qui peut être demandé par la « Helpline aides techniques » et être mis à disposition par le fournisseur sans évaluation au préalable par un référent de l'AEC. Le système mis en place a donc fait ses preuves, en ce qui concerne la réactivité à la demande.

Cependant, une question se pose par rapport au traitement de ces demandes par la « Helpline aides techniques » : Lors de l'extraction des données pour la mise en œuvre de cette enquête, nous avons constaté que pour 59 des 92 bénéficiaires de lève-personnes à qui un questionnaire a été envoyé, la synthèse de prise en charge des aides et soins par l'assurance dépendance ne comportait pas l'acte « complément transferts » (AEVM-C). Cet acte devrait en principe être attribué, si un lève-personne est nécessaire pour réaliser les transferts. En effet, lors du traitement d'une demande de lève-personne par la « Helpline aides techniques », la synthèse de prise en charge des aides et soins n'est pas mise à jour. Une réflexion concernant le traitement des demandes pour lève-personnes par la « Helpline aides techniques » devra donc avoir lieu, afin d'assurer une cohérence dans la prise en charge du bénéficiaire.

Des efforts importants seront à faire par les fournisseurs, en ce qui concerne l'initiation des personnes aidantes à la manipulation du lève-personne et la mise en confiance du bénéficiaire. Il est en effet inacceptable que près d'un tiers des bénéficiaires indiquent ne pas se sentir en sécurité

lors des transferts avec le lève-personne.

Un déroulement type pour la livraison d'un lève-personne, détaillant les étapes indispensables pour une utilisation en toute sécurité du lève-personne sera établi par l'AEC et communiqué aux fournisseurs. Une fiche de réception spécifiant les prestations à fournir lors de la livraison du lève-personne sera dorénavant à signer par le bénéficiaire et devra être transmise à l'AEC.

Par ailleurs, l'octroi systématique d'une formation liée aux aides techniques est à envisager dans tous les cas où le lève-personne est manipulé par un non-professionnel.

Malgré ces constats, le lève-personne a un impact positif sur la vie au quotidien de la grande majorité des bénéficiaires et permet d'assurer leur maintien à domicile.

2.2 Analyse des délais de livraison des aides techniques mises à disposition par l'assurance dépendance en 2019

Une base de données permettant de réaliser l'analyse des délais de livraison des aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance a été mise en place au courant de l'année 2019 par l'AEC et est fonctionnelle depuis janvier 2020.

L'analyse porte sur les délais de livraison des aides techniques commandées et livrées en 2019 et doit permettre de faire un premier constat, quant au respect de l'engagement temporel pris par les fournisseurs. Les délais de livraison sont calculés en jours ouvrables.

Dans cette analyse, nous différencions entre le Service moyens accessoires et les autres fournisseurs, car les modalités en matière de délais de livraison ne sont pas identiques.

2.2.1 Les délais de livraison du Service moyens accessoires (SMA)

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. Uniquement les aides techniques à livrer par le SMA feront partie de cette analyse.

En 2019, 8.643 aides techniques à livrer ont été commandées au SMA par l'AEC.

5.962 aides techniques ont été livrées par le SMA, qui a donc assuré en moyenne près de 500 livraisons par mois. 541 aides techniques (6% des commandes) n'étaient pas encore livrées au 01.01.2020.

Tableau 1 : Commandes d'aides techniques à livrer par le SMA en 2019

Nombre de commandes livrées au 01.01.2020	5.962	69%
Nombre de commandes non livrées au 01.01.2020	541	6%
Annulations de la commande	2.140	25%
Total	8.643	100%

25% des commandes ont été annulées. Des raisons multiples ont été à la base de ces annulations de commande : décès du demandeur, admission en établissement d'aides et des soins ou refus de livraison par le bénéficiaire lors de la prise de rendez-vous par le SMA.

De nombreuses actions ont déjà été prises par l'AEC par le passé, afin de diminuer le taux de refus de l'aide technique lors de la prise de rendez-vous pour livraison par le SMA. Les actions visaient surtout une plus grande implication du bénéficiaire lors du traitement d'une demande pour aides techniques. Néanmoins, le taux de refus reste toujours très important, ce qui est regrettable, car il

s'agit d'un investissement en temps et en travail de la part du SMA et de l'AEC qui est perdu.

Les livraisons les plus fréquentes par le SMA ont concerné les lits médicalisés, suivis des chaises de douche et des chaises percées avec roues. Les 10 types d'aides techniques les plus fréquemment livrées, constituent plus de 80% des livraisons par le SMA.

Tableau 2 : Types d'aides techniques livrées par le SMA en 2019 – Top 10

Type d'aide technique	Nombre de livraisons	% du total des livraisons
Lits avec réglage motorisé	901	15%
Chaises de douche	771	13%
Chaises percées avec roues	590	10%
Surélévateurs avec fixations intégrées	543	9%
Fauteuils roulants de positionnement	448	8%
Sièges de bain électriques	434	7%
Matelas alternating	429	7%
Surélévateurs de WC (séparés)	345	6%
Sièges de WC	249	4%
Lève-personnes passifs	136	2%

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, comme explicité ci-avant, 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.

On peut différencier entre 3 délais de livraison différents, visés par le SMA pour les aides techniques standards : 10 jours, 15 jours et 20 jours.

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.

La base de données des commandes d'aides techniques ne permet actuellement pas de déterminer la part du délai de livraison qui est due à des difficultés pour fixer la date de livraison avec le bénéficiaire. Il sera à voir dans quelle mesure la base de données pourra être adaptée, afin de pouvoir tenir compte de cette variable qui est indépendante du fonctionnement du SMA.

Les aides techniques standards fréquemment mises à disposition sont acquises par le SMA sur base de contrats-cadres annuels avec différents fournisseurs et peuvent être livrées plus rapidement. Un délai de livraison plus long a été retenu pour le matériel hors-standard (comme par exemple un matelas en mousse viscoélastique de dimensions non-standards 120cm x 200cm). 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.

Dans cette analyse, il s'agira de déterminer les délais de livraison réels du SMA en 2019 et de les comparer avec les délais de livraison visés dans l'annexe à la convention.

Tableau 3 : Aides techniques avec un délai de livraison de 10 jours

Type d'aide technique	Nombre	Délai prévu (jours)	Délai de livraison moyen (jours)	Ecart (jours)
Barres d'appui à ventouses	8	10	9	-1
Planches pour baignoire	88	10	10	0
Poignées d'appui: barres de transfert pour lits	55	10	10	0
Surélévateurs de WC (séparés)	345	10	12	+2
Chaises de douche	771	10	12	+2
Chaises percées toilettes/douches avec roues	96	10	13	+3
Sièges de WC	249	10	14	+4
Surélévateurs avec fixations intégrées (non démontable)	543	10	14	+4
Sièges de bain électriques	434	10	15	+5

En 2019, le SMA a livré 2.589 aides techniques pour lesquelles un délai de livraison de 10 jours est prévu dans l'annexe à la convention. On peut constater que pour trois types d'aides techniques, le délai de livraison de 10 jours a été respecté.

Pour les autres aides techniques, l'écart entre le délai de livraison effectif et le délai prévu dans l'annexe à la convention varie entre 2 à 5 jours. Comme il s'agit d'aides techniques à volumétries importantes, le SMA devra faire des efforts considérables pour assurer à l'avenir une livraison endéans les temps fixés.

Tableau 4 : Aides techniques avec un délai de livraison de 15 jours

Type d'aide technique	Nombre	Délai prévu (jours)	Délai de livraison moyen (jours)	Ecart (jours)
Lève-personnes actifs	103	15	9	-6
Lève-personnes passifs	136	15	10	-5
Potences de suspension sur pied	34	15	17	+2

En 2019, le SMA a livré 273 aides techniques pour lesquelles un délai de 15 jours est prévu. Le délai de livraison a pu être respecté pour la très grande majorité de ces aides techniques.

Les lève-personnes ont même pu être livrés endéans 10 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 requis avant une première utilisation.

Tableau 5 : Aides techniques avec un délai de livraison de 20 jours

Type d'aide technique	Nombre	Délai prévu (jours)	Délai de livraison moyen (jours)	Ecart (jours)
Rails	20	20	9	-11
Chaises percées toilettes/douches avec grandes roues arrière	4	20	10	-10
Déambulateurs avec assise	9	20	11	-9
Sièges de bain à hauteur fixe	11	20	12	-8
Sièges avec réglage électrique	5	20	14	-6
Fauteuils roulants électriques extérieur / intérieur pliables	1	20	15	-5
Appareils de verticalisation inclinable pour enfants	6	20	16	-4
Tables de lecture	20	20	16	-4
Appareils de verticalisation fixe pour enfants	2	20	21	+1
Franchiseurs d'escaliers à chenilles	12	20	22	+2
Rampes portables	99	20	22	+2
Systèmes vidéo agrandissant l'image	37	20	23	+3
Scooters à quatre roues	35	20	25	+5
Sièges avec réglage à vérin à gaz	4	20	28	+8
Franchiseurs d'escaliers à roues	30	20	28	+8
Chaises percées toilettes/douches avec roues, assise et dossier inclinable	8	20	29	+9
Fauteuils roulants électriques d'extérieur (non pliables)	28	20	29	+9
Ensembles de propulsion manœuvrés par joystick et/ou accompagnateur	98	20	32	+12
Appui-têtes de fauteuils roulants pour voiture	6	20	32	+12
Bicyclettes	2	20	33	+13
Systèmes de propulsion pour accompagnateur	85	20	33	+13
Appareils de verticalisation pour adultes	2	20	36	+16
Appareils de communication pilotables par le regard	1	20	37	+17
Chaises hautes pour enfants avec roues	4	20	38	+18
Ensembles de propulsion de type Motor-bike	2	20	39	+19

Sièges de bain pour enfants	10	20	40	+20
Chaises percées toilettes/douches pour enfants	6	20	43	+23
Tricycles propulsés à l'aide des pieds	5	20	47	+27
Ensembles de propulsion manœuvrés par les mains courantes	12	20	49	+29
Barres d'appui fixes	105	20	54	+34

669 aides techniques avec un délai de livraison de 20 jours ont été livrées par le SMA en 2019. Pour 8 de ces types d'aides techniques, le SMA a pu rester en-dessous du délai de livraison de 20 jours prévu.

Tableau 6 : Aides techniques avec un délai de livraison de 20 jours – Ecart par rapport au délai prévu

Pourcentage de livraisons	Ecart (jours)
11%	- 11 à - 4
38%	+1 à +9
30%	+12 à +19
5%	+20 à +29
16%	+34

Pour la grande majorité de ces aides techniques, le délai de livraison n'a pas été respecté, voire largement dépassé. Les délais 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 (franchiseurs d'escaliers, scooters, fauteuils roulants électriques, ensembles de propulsion, appareils de communication) ou d'aides techniques nécessitant une configuration et des accessoires spécifiques en fonction des besoins du demandeur (bicyclettes, tricycles, appareils de verticalisation).

Comme ces démarches (essais et recherche d'accessoires personnalisés) ne peuvent pas être supprimées sans nuire à la qualité du matériel fourni au bénéficiaire, il sera à voir dans quelle mesure les délais ambitionnés dans l'annexe à la convention entre le SMA et la CNS ne doivent pas être revus à la hausse pour certaines de ces aides techniques.

Le délai important pour l'installation des barres d'appui fixes s'explique par le système de sous-traitance, que le SMA avait conclu avec un fournisseur pour la fixation de ces barres d'appui. Vu le peu d'efficacité de ce système, le SMA a modifié ses engagements et les barres d'appui fixes feront dorénavant partie des contrats-cadres que le SMA conclut avec divers fournisseurs.

Il est à espérer que - au vu des mesures prises - les délais de livraison des barres d'appui fixes pourront se rapprocher des 20 jours ambitionnés.

Tableau 7 : Aides techniques hors-standards

Type d'aide technique	Nombre	Délai modèle standard (jours)	Délai modèle hors standard (jours)	Délai de livraison moyen (jours)	Ecart (jours)
Matelas en mousse viscoélastique	62	15	25	13	-12
Matelas alternating	429	10	30	8	-22
Chaises percées avec roues	590	10	20	10	-10
Fauteuils roulants de positionnement	448	15	20	10	-10
Lits avec réglage motorisé	901	10	20	9	-11
Barrières de lit	1	10	20	1	-19

Pour 6 types d'aides techniques, des délais de livraisons plus longs ont été définis si le matériel à livrer ne correspond pas aux modèles standards normalement fournis par le SMA. Il s'agit par exemple de chaises-percées ou de matelas alternating extra-larges pour des personnes obèses.

La base de données ne permet actuellement pas de différencier entre la livraison d'un modèle standard d'aide technique et la livraison d'un modèle hors-standard. Pour ces aides techniques, la base de données doit être complétée à l'avenir par des données à saisir obligatoirement lorsqu'un modèle hors-standard est nécessaire.

Néanmoins, une analyse des délais de livraison moyens montre que le SMA a pu rester en-dessous des délais de livraison prévus pour les modèles hors standard et que la livraison de ce matériel a même pu se faire dans les délais prévus pour le matériel standard.

2.2.2 Conclusion concernant les délais de livraison du Service moyens accessoires (SMA)

Les aides techniques de première nécessité, comme les lits avec réglage motorisé, les matelas alternating et les chaises-percées, sont livrées par le SMA dans les délais prévus à l'annexe de la convention entre le SMA et la CNS et ce aussi pour les modèles hors-standard.

En ce qui concerne 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, les délais de livraison n'ont pas pu être respectés. Les écarts relevés ne sont pas très importants et un écart maximal de 5 jours par rapport au délai prévu est constaté pour les sièges de bain électriques. Toutefois, il sera à analyser au niveau du SMA si une réorganisation et/ou un renforcement du personnel assurant les livraisons n'est pas nécessaire, afin de pouvoir respecter les engagements temporels pris dans l'annexe à la convention.

Par ailleurs, pour toutes les aides techniques nécessitant un essai avant la mise à disposition définitive au bénéficiaire, le délai pour la livraison du matériel est entre autre tributaire du nombre de personnes qualifiées disponibles au SMA pour réaliser la mise en situation. Une analyse plus approfondie du temps nécessaire pour la réalisation des essais par le SMA et l'impact sur les délais de livraison devra être effectuée à la suite de ce premier bilan. Le cas échéant, certains délais de livraison devront être ajustés à la hausse dans l'annexe à la convention.

Au niveau méthodologique, une modification de la base de données doit être envisagée, afin de permettre la prise en compte du temps nécessaire pour la fixation du rendez-vous de livraison avec le bénéficiaire.

En outre, il est à espérer que la convention entre le SMA et la CNS, qui date de 2002 et qui ne

correspond en grandes parties plus ni à la pratique de la mise à disposition des aides techniques telle qu'elle a évolué au courant des 18 dernières années, ni aux modifications réglementaires qui ont eu lieu en 2006 et 2018, pourra être rapidement actualisée.

2.2.3 Les délais de livraisons des autres fournisseurs

Les aides techniques qui ne peuvent pas être mises à disposition par le SMA doivent être acquises auprès d'autres fournisseurs.

En 2019, 2.362 commandes d'aides techniques ont été effectuées auprès de 159 fournisseurs différents. La très grande majorité de ces fournisseurs, soit 150, ont été des fournisseurs luxembourgeois, suivis de 6 fournisseurs allemands, 2 fournisseurs belges et un fournisseur français.

Tableau 1 : Commandes d'aides techniques auprès des autres fournisseurs en 2019

Nombre de commandes livrées en 2019	1.849	78,3%
Nombre de commandes non livrées au 01/01/2020	502	21,3%
Annulations de commandes	11	0,5%
Total	2.362	100%

On constate que, contrairement aux commandes effectuées auprès du SMA, très peu des commandes effectuées auprès des autres fournisseurs ont été annulées, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de matériel non-standard, dont les spécificités ont été déterminées après concertation étroite avec le demandeur. L'aide technique est vraiment souhaitée et un refus du demandeur lors de la livraison peu probable.

Tableau 2 : Types d'aides techniques livrées par les autres fournisseurs en 2019 – Top 10¹⁹

Type d'aide technique	Nombre de livraisons	% du total des livraisons
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	310	17%
Barres d'appui fixes	218	12%
Contrôle technique des adaptations pour la première mise en service de la voiture ²⁰	67	4%
Adaptations de fauteuils roulants	64	3%
Loupes électroniques transportables	63	3%
Coques sur mesure	51	3%
Fauteuils roulants actifs pliables	46	2%
Systèmes vidéo agrandissant l'image	43	2%
Boîtes de vitesses automatiques et embrayages semi-automatiques	38	2%

Les aides techniques les plus fréquemment acquises auprès de fournisseurs autres que le SMA sont les élévateurs d'escaliers et une attention particulière sera dorénavant accordée au contrôle de ces installations par l'AEC (voir chapitre C. II. 2.3).

Les barres d'appui fixes non-standard et les barres d'appui relevables sont accordées essentiellement dans le cadre d'adaptations du logement et sont acquises auprès des sociétés en charge de l'adaptation.

Le délai de livraison fait partie des données à saisir par tout fournisseur souhaitant soumettre une proposition de marché.

Tableau 3 : Délais de livraison pour les aides techniques fournies par les autres fournisseurs

Délais de livraison	Nombre d'aides techniques
0-20 jours	614
20-40 jours	603
40-60 jours	324
60-80 jours	146
80-100 jours	70
>100 jours	92

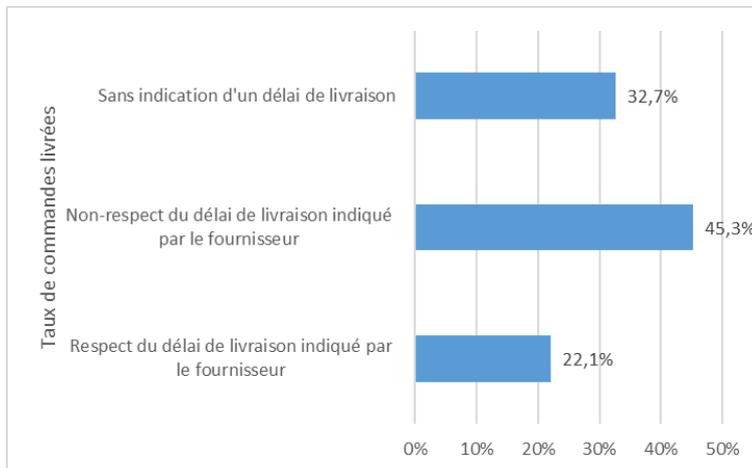
¹⁹ L'analyse porte sur les aides techniques commandées et livrées en 2019. Ces données diffèrent du nombre d'aides techniques installées en 2019, qui comprennent également les commandes de 2018 installées en 2019. Ainsi par exemple, 383 élévateurs d'escaliers ont été installés en 2019, dont 310 ont été commandés et installés en 2019.

²⁰ Le contrôle technique est obligatoire pour toutes les adaptations de voiture et un montant forfaitaire est pris en charge pour la première mise en service de la voiture adaptée.

On constate qu'un tiers des aides techniques acquises auprès d'un autre fournisseur sont livrées endéans un mois et un autre tiers endéans deux mois. Pour 632 aides techniques, le délai de livraison a été plus long que deux mois, dépassant pour près d'une centaine d'aides techniques les six mois pour la livraison.

Qu'en est-il du respect des délais de livraison indiqués par les fournisseurs ?

Graphe 1 : Respect des délais de livraison



Lors de la mise en œuvre de la base de données permettant le contrôle des délais de livraison et au vu des premières analyses réalisées par l'AEC début 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. Un rappel concernant l'importance du délai de livraison a été fait auprès des référents de l'AEC et des agents de la CNS, responsables de l'encodage de cette donnée, en mai 2019.

Malgré ce rappel, nous devons constater que pour 604 commandes effectuées en 2019 - et ce aussi pour des commandes effectuées après mai 2019 - aucun délai de livraison n'a été retenu dans la base de données des commandes d'aides techniques.

Des commandes sans indication d'un délai de livraison ont été identifiées pour 145 des 159 fournisseurs.

Tableau 4 : Commandes sans indication du délai de livraison dans la base de données²¹ – Top 10

Type d'aide technique	Nombre de commandes
Barres d'appui fixes	210
Boîtes de vitesses automatiques et embrayages semi-automatiques	38
Contrôle technique des adaptations pour la première mise en service de la voiture	38
Barres d'appui relevables	25
Filtres de lumières (filtres absorbants)	25
Adaptations pour actionner les fonctions secondaires	17
Mains courantes	14
Systèmes d'arrimage de fauteuils roulants à 4 points	13
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	13
Adaptations sur l'accélérateur et les freins	11

La très grande majorité (39%) des commandes sans délai de livraison concerne les barres d'appui. Comme ces aides techniques sont accordées généralement dans le cadre d'adaptations du logement par l'assurance dépendance, la commande se fait auprès de la firme en charge des travaux au moment où le chantier est prêt pour l'installation des barres.

L'indication d'un délai de livraison n'est pas obligatoire actuellement pour ces commandes, comme les dossiers sont suivis de près par l'ADAPTH. Il sera à voir avec l'ADAPTH dans quelle mesure des problèmes avec les délais de livraison de barres d'appui sont fréquents et si l'indication d'un délai de livraison pour ces commandes est judicieuse.

Par ailleurs, on peut constater que près de 20% des commandes sans indication d'un délai de livraison concernent les adaptations de voiture.

Il s'agira en premier lieu d'informer les fournisseurs, que les délais de livraison doivent obligatoirement être indiqués sur toute proposition de marché, sous peine de non-recevabilité de l'offre. Des informations plus poussées concernant l'importance du délai de livraison et de sa saisie dans la base de données devront être fournies aux agents en charge de la commande d'aides techniques. Des contrôles mensuels concernant l'encodage du délai de livraison seront à envisager par l'AEC, afin de vérifier si la formation des agents a porté ses fruits.

Les filtres de lumière et les mains courantes sont commandés actuellement sur base d'un devis libre établi par le fournisseur. Des masques de saisie à remplir obligatoirement par le fournisseur devront être créés par l'AEC au courant de 2020.

En ce qui concerne les commandes pour lesquelles un délai de livraison est indiqué dans la base de données, on peut constater que pour 408 commandes (22%) effectuées auprès d'un fournisseur autre que le SMA, les délais de livraisons ont été respectés. Pour 837 commandes (45,3%), l'engagement temporel n'a pas été respecté par les fournisseurs.

²¹ Base de données des commandes d'aides techniques de la CNS.

Tableau 5 : Respect du délai de livraison par le Top 10 des fournisseurs

Fournisseur	Délai respecté		Délai non respecté		Total des livraisons
	Nombre de livraisons	Pourcentage	Nombre de livraisons	Pourcentage	
Firme 10	40	95,2%	2	4,8%	42
Firme 2	107	67,7%	51	32,3%	158
Firme 4	39	57,4%	29	42,6%	68
Firme 7	20	32,3%	42	67,7%	62
Firme 3	33	26,8%	90	73,2%	123
Firme 5	16	24,2%	50	75,8%	66
Firme 1	80	20,8%	304	79,2%	384
Firme 8	9	18,8%	39	81,3%	48
Firme 6	10	15,9%	53	84,1%	63
Firme 9	4	8,7%	42	91,3%	46

Une analyse des 10 firmes ayant assuré plus de 85% des commandes avec un délai de livraison indiqué, montre que seulement un fournisseur a respecté les délais de livraison pour la quasi-totalité des commandes reçues. Deux autres fournisseurs ont pu assurer une livraison dans les délais prévus pour plus de la moitié des commandes reçues. Un fournisseur a respecté le délai de livraison pour moins de 10% des commandes reçues.

Tableau 6: Respect du délai de livraison pour le Top 10 des commandes avec un délai de livraison indiqué

Type d'aide technique	Délai respecté		Délai non respecté	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Systèmes vidéo agrandissant l'image	22	51,2%	21	48,8%
Loupes électroniques transportables	29	50,9%	28	49,1%
Elévateurs d'escaliers avec rails au sol	116	39,1%	181	60,9%
Loupes avec éclairage incorporé	6	28,6%	15	71,4%
Contrôle technique des adaptations pour la première mise en service de la voiture	8	27,6%	21	72,4%
Adaptations de fauteuils roulants	14	25,9%	40	74,1%
Adaptation de sièges et/ou dossiers	7	25,9%	20	74,1%
Fauteuils roulants actifs pliables	8	18,2%	36	81,8%
Coques sur mesure	8	17,0%	39	83,0%
Capes	3	9,4%	29	90,6%

On constate que les délais de livraison n'ont pas été respectés pour la très grande majorité des aides techniques qui sont faites sur mesure, telles que les coques, les capes, les adaptations de fauteuils roulants et de sièges et/ou dossiers. Ceci s'explique en partie par le fait que la confection de ces aides techniques passe par des phases d'essai et de modifications successives, avant de pouvoir conclure à un ajustement correct de l'aide technique. Par ailleurs, le nombre de fournisseurs pouvant réaliser de telles aides techniques est très restreint et les firmes sont le plus souvent débordées de travail.

Plus de la moitié des élévateurs d'escaliers ne sont pas livrés endéans les délais indiqués, ce qui peut s'expliquer en partie par des configurations de rails parfois compliqués à installer.

D'un point de vue procédural, il faudra analyser les délais entre l'encodage de la commande au niveau de la base de données des commandes de la CNS et l'envoi effectif du bon de commande signé au fournisseur. Actuellement nous ne disposons pas de données objectives nous permettant de quantifier cette variable, qui n'est pas de la responsabilité du fournisseur et qui peut avoir une influence sur les délais de livraison.

2.2.4 Conclusion concernant les délais de livraisons des autres fournisseurs

Les délais de livraison pour les aides techniques commandées auprès des fournisseurs autres que le SMA sont en partie très élevés, dépassant pour une centaine d'aides techniques les 6 mois. Un suivi de près et une analyse régulière des délais de livraison devront être mis en place par l'AEC, afin d'arriver à des durées acceptables pour les bénéficiaires.

Pour un tiers des commandes, aucun délai de livraison n'est indiqué dans la base de données des commandes d'aides techniques et moins d'un quart des aides techniques commandées par l'AEC sont livrées endéans le délai indiqué par le fournisseur. Des mesures s'imposent afin de remédier à ces irrégularités.

Il s'agira en premier lieu d'informer les fournisseurs, que les délais de livraison doivent

obligatoirement être indiqués sur toute proposition de marché, sous peine de non-recevabilité de l'offre. Les délais de livraison indiqués doivent être réalistes et le fournisseur doit pouvoir donner suite à son engagement.

Une réflexion sur des mesures éventuelles en cas de non-respect des engagements pris par les fournisseurs sera à mener.

En outre, un rappel concernant l'importance de la saisie des délais de livraison sera à faire dans les meilleurs délais pour les agents en charge des commandes d'aides techniques auprès de l'AEC et de la CNS. Un contrôle mensuel des commandes d'aides techniques et de la saisie des délais de livraison devra être réalisé, afin de vérifier l'efficacité des mesures prises.

Au niveau procédural, il sera à analyser si des délais viennent s'ajouter entre l'encodage de la commande de l'aide technique dans la base de données et l'envoi de la commande au fournisseur (délai éventuel pour la signature de la commande par exemple). Le cas échéant, un facteur d'ajustement devra être ajouté au niveau des tableaux d'analyse.

2.3 Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme agréé - premiers résultats

Une analyse préliminaire, réalisée par l'AEC en mai 2019, avait permis de conclure que les délais pour l'organisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé²² n'étaient pas respectés par les fournisseurs.

2.3.1 Constats préliminaires

Tableau 1 – Réceptions techniques réalisées pour les élévateurs d'escaliers installés entre 11/2108 et 04/2019²³

Société	Installations 11/2018-04/2019	Réceptionnées	Pourcentage
Firme 1	1	1	100%
Firme 2	1	0	0%
Firme 3	15	2	13%
Firme 4	13	12	92%
Firme 5	34	1	3%
Firme 6	1	0	0%
Firme 7	18	4	22%
Firme 8	46	2	4%
Firme 9	33	14	42%
Total	162	36	22%

²² 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 leur mise en service (...) ».

²³ Extraction des données: mai 2019

En effet, moins d'un quart des élévateurs d'escaliers installés pendant la période des six mois analysée avaient été réceptionnés par un organisme de contrôle agréé. Seulement une firme avait respecté les engagements pour la quasi-totalité de ses installations (firme 4). Par contre, les deux firmes ayant installé près de la moitié des élévateurs d'escaliers (firmes 8 et 5) n'avaient fait réceptionner que trois installations.

Face à ce constat et afin d'assurer une utilisation en toute sécurité aux bénéficiaires d'élévateurs d'escaliers, des mesures rapides se sont imposées. Des entretiens individuels avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers ont eu lieu en automne 2019, afin de préciser les attentes de l'AEC.

2.3.2 Mesures correctives et contrôles des obligations

Il a été retenu avec les fournisseurs, que pour les nouvelles installations (commandes à partir du 01/01/2020), la firme est dans l'obligation de faire réaliser le contrôle technique par un organisme agréé dans les jours suivant l'installation de l'élévateur d'escalier.

Un délai maximal de quatre semaines pour l'introduction du rapport de conformité auprès de l'AEC doit être respecté. Pour les rapports de conformité ne respectant pas ce délai, l'AEC émettra un avis négatif pour la liquidation du solde restant.

Pour les anciennes installations (commandes avant le 01.01.2020), il a été retenu que les fournisseurs doivent se mettre en conformité pour le 1^{er} avril 2020.

Toutefois, suite à la survenue de la pandémie liée au coronavirus COVID-19, ce délai devra être reporté.

Depuis novembre 2019, l'AEC suit de près le respect des consignes par les fournisseurs et entretient un échange régulier avec les firmes.

En 2019, 383 élévateurs d'escaliers ont été installés pour les bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Tableau 2 - Réceptions techniques réalisées pour les élévateurs d'escaliers installés en 2019²⁴

Société	Installations 2019	Réceptionnées	Pourcentage
Firme 1	8	8	100%
Firme 2	3	1	33%
Firme 3	34	31	91%
Firme 4	28	27	96%
Firme 5	88	80	91%
Firme 6	1	1	100%
Firme 7	53	50	94%
Firme 8	83	66	80%
Firme 9	85	64	75%
Total	383	328	86%

²⁴ Extraction des données: mars 2020

On constate que des efforts considérables ont été faits par les fournisseurs, afin de régulariser leur situation.

Alors qu'en mai 2019, lors de l'analyse préliminaire de l'AEC, uniquement 22% des élévateurs d'escaliers avaient été réceptionnés par les fournisseurs, l'analyse de mars 2020 montre que 86% des élévateurs d'escaliers installés en 2019 ont été vérifiés par un organisme de contrôle agréé.

55 élévateurs d'escaliers n'ont pas encore été réceptionnés. En principe, ces installations auraient dû être vérifiées avant le premier avril 2020. Cependant, suite à la survenue de la pandémie liée au coronavirus COVID-19, les organismes de contrôle ont diminué, voire arrêté leurs visites au domicile des bénéficiaires.

Une nouvelle date limite pour le contrôle des 55 installations non-réceptionnées sera définie par l'AEC, lorsque les visites au lieu d'installation des élévateurs d'escaliers seront de nouveau possibles.

2.3.3 Conclusion « Délais pour la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme agréé »

Tableau 3 : Evolution des réceptions techniques des élévateurs d'escaliers (EE)

Société	EE réceptionnés en pourcentage - mai 2019	EE réceptionnés en pourcentage - mars 2020
Firme 1	100%	100%
Firme 2	0%	33%
Firme 3	13%	91%
Firme 4	92%	96%
Firme 5	3%	91%
Firme 6	0%	100%
Firme 7	22%	94%
Firme 8	4%	80%
Firme 9	42%	75%

Six firmes ont réceptionné plus de 90% des élévateurs d'escaliers qu'ils ont installés en 2019. Les firmes 8 et 9 ont le plus grand retard à combler : 38 installations de ces firmes n'ont pas encore été vérifiées par un organisme de contrôle agréé. La firme 2, qui n'a installé que 3 élévateurs d'escaliers au courant de l'année 2019, situé à l'étranger. Malgré les explications fournies lors de l'entretien individuel, les obligations à respecter pour les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers au Luxembourg n'ont pas été remplies et l'AEC devra revenir à la charge.

En conclusion, les entretiens individuels entre l'AEC et les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers d'automne 2019 ont porté leurs fruits.

L'importance accordée par l'AEC à la réception technique des élévateurs d'escaliers par un organisme de contrôle agréé a été saisie par la très grande majorité des firmes.

L'AEC continuera à suivre de près les délais pour la réalisation de la réception technique des élévateurs d'escaliers par les firmes et restera en contact régulier avec les firmes.

Le succès des démarches engagées avec les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers nous encourage à

étendre la pratique des entrevues d'échange individuelles à d'autres fournisseurs d'aides techniques complexes.

2.4 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC

Entre janvier 2019 et mars 2020, 17 irrégularités en matière d'aides techniques ont été signalées auprès de l'AEC par les bénéficiaires ou les prestataires d'aides et de soins. Des interventions auprès des fournisseurs et des visites au domicile des bénéficiaires ont été réalisées par les agents de l'AEC, afin d'analyser et de remédier à la problématique rencontrée.

Année	Origine de la plainte	Type d'aide technique	Problème rencontré
2019	Personne 1	élévateur d'escalier	problèmes fonctionnels
	Personne 2	élévateur d'escalier	problèmes techniques
	Personne 3	élévateur d'escalier	installation technique discutable
	Personne 4	élévateur d'escalier	problèmes fonctionnels
	Personne 5	élévateur d'escalier	installation d'un élévateur d'escalier récupéré chez un bénéficiaire décédé, sans information au préalable du nouveau bénéficiaire
	Personne 6	élévateur d'escalier	erreur lors de la prise de mesures, avec impact sur le délai pour l'installation de l'élévateur
	Personne 7	élévateur d'escalier	problèmes fonctionnels
	Personne 8	aides techniques diverses	insatisfaction par rapport au comportement du fournisseur
	Personne 9	fauteuil roulant	insatisfaction par rapport au matériel livré
	Personne 10	scooter	insatisfaction par rapport au référent de l'AEC
	Personne 11	lit médicalisé pour enfant	insatisfaction par rapport aux explications fournies par le fournisseur, avec mise en danger du bénéficiaire
	Personne 12	garde-corps	insatisfaction par rapport à la finition de l'installation
	Personne 13	fauteuil roulant	insatisfaction par rapport à l'aide technique fournie : pannes récurrentes
	Personne 14	fauteuil roulant	insatisfaction par rapport au matériel fourni et aux procédures en vigueur
01.-03/2020	Personne 15	matelas alternant	insatisfaction par rapport au délai de livraison
	Personne 16	aides techniques diverses	insatisfaction par rapport à la qualité des prestations du fournisseur
	Personne 17	élévateur d'escalier	problèmes techniques

Près de la moitié des plaintes (47%) ont concerné les installations d'élévateurs d'escaliers. Dans trois cas, l'installation de l'élévateur et notamment la hauteur d'assise du siège ne permettaient pas une utilisation fonctionnelle et sans danger par le bénéficiaire. Les problèmes techniques mentionnés relevaient dans plusieurs cas de bruits importants lors de l'utilisation de l'élévateur.

En ce qui concerne les plaintes pour d'autres aides techniques, la qualité du matériel fourni a été mise en cause par quatre bénéficiaires. Les prestations et le comportement du fournisseur ont été à l'origine de l'insatisfaction de quatre autres personnes ayant contacté l'AEC.

Bien que le nombre des plaintes ne soit pas très élevé par rapport au volume important d'aides techniques fournies par l'assurance dépendance, il est primordial d'être attentif et réactif aux irrégularités signalées, afin d'arriver à une amélioration continue du système de mise à disposition d'aides techniques en place.

2.5 Conclusion générale liée aux résultats en matière d'aides techniques

C'est la première fois que l'AEC est en mesure de suivre, d'analyser et de publier des données relatives aux délais de livraison. Cela a été rendu possible grâce à un investissement important des personnes ressources de l'AEC, mais aussi de l'équipe du traitement des données de la CNS qui a aidé l'AEC à renforcer ses bases de données et son outil de traitement des données (Data Warehouse).

De plus, analyser les délais de livraison n'aurait pas été possible, si un travail important de définition de ces délais n'avait pas été réalisé en amont, avec notamment la création de l'annexe à la convention entre l'organisme gestionnaire et le SMA, sous le leadership de l'AEC.

Les enquêtes de satisfaction dans le cadre des aides techniques sont utilisées depuis plusieurs années par l'AEC via le service qualité. L'enquête réalisée en 2020 auprès des bénéficiaires de lève-personnes a montré l'intérêt de solliciter directement les bénéficiaires pour identifier des pistes d'amélioration. Des modifications seront à apporter au niveau procédural interne à l'AEC et chez les différents fournisseurs, afin d'assurer une initiation de qualité à la manipulation de ce matériel complexe aux utilisateurs et des transferts en toute sécurité aux bénéficiaires. L'enquête permet aussi de voir qu'un des objectifs, qui est d'avoir une influence positive sur la réalisation des soins et de garantir le maintien à domicile, est largement atteint et ressenti comme tel par les répondants de l'enquête de satisfaction.

Enfin, les efforts pour informer, guider et motiver les fournisseurs d'élévateurs d'escaliers vers une plus grande rigueur ont montré des résultats positifs, encourageant l'AEC à multiplier ce type d'initiative.

III. LES RÉSULTATS EN MATIÈRE D'ADAPATATIONS DU LOGEMENT

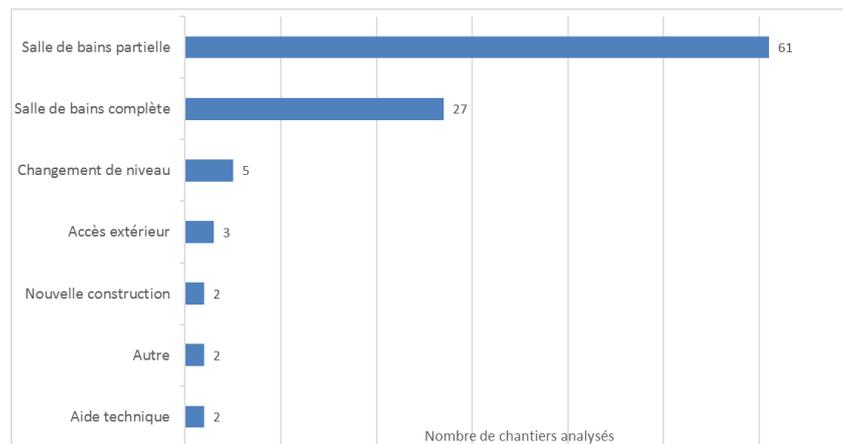
1 Analyse de l'adéquation entre les cahiers des charges élaborés par l'ADAPTH et les adaptations du logement réalisées par les sociétés pour la période d'avril à décembre 2019

Pour rappel : depuis avril 2019, l'adéquation entre l'adaptation du logement réalisée par la société et le cahier des charges élaboré par l'ADAPTH est contrôlée et documentée de façon standardisée lors du suivi de chantier par les experts de l'ADAPTH.

L'analyse porte sur 102 chantiers réceptionnés **entre avril et décembre 2019** par l'ADAPTH.

1.1 Les adaptations du logement analysées

Les chantiers vérifiés par l'ADAPTH concernaient en grande majorité des adaptations de salles de bains (partielles ou complètes).



Dans 37% des dossiers analysés, le bénéficiaire a profité du chantier pour confier d'autres travaux à la société en charge des travaux. Ainsi par exemple, lorsque l'assurance dépendance a pris en charge l'aménagement d'une douche de plain-pied, le bénéficiaire a souvent fait rénover à ses propres frais les autres éléments de la salle de bain.

1.2 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.

Actuellement, cette assistance du bénéficiaire pour le choix d'une société n'est pas documentée de façon standardisée par l'ADAPTH. Pour des raisons de transparence, il s'agira d'ajouter dorénavant cet élément, ainsi que les noms des sociétés qui ont été transmis au bénéficiaire par l'ADAPTH, au relevé des données à recueillir.

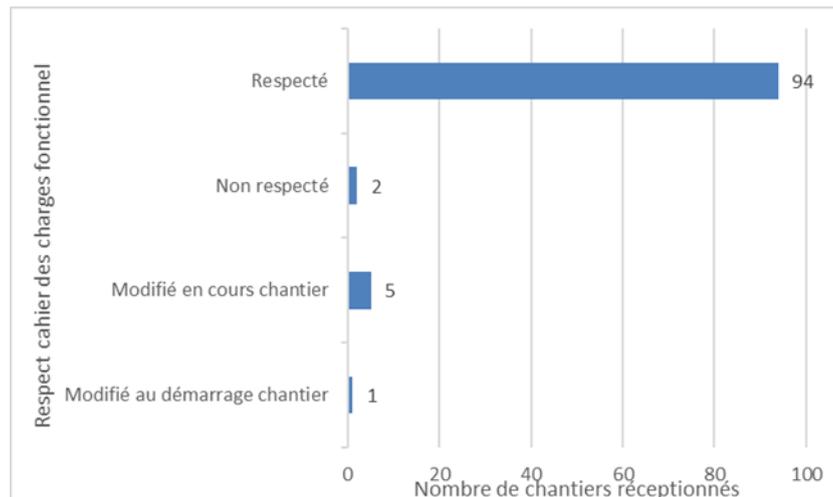
Les 102 adaptations du logement ayant fait partie de l'analyse ont été réalisées par 43 entreprises différentes. 6 sociétés ont mis en œuvre près de la moitié des adaptations (48%), dont une firme qui a réalisé 16% des aménagements. L'importante part de marché de cette société peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une grande société bien connue du public.

1.3 Le respect du 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 92% des chantiers analysés par l'ADAPTH, le cahier des charges fonctionnel validé par le bénéficiaire a été mis en œuvre par la société.

Respect cahier des charges fonctionnel :



Dans 8 chantiers, l'adaptation réalisée ne correspondait pas en tout point à la solution élaborée par l'ADAPTH. Cependant, pour 6 de ces chantiers, la solution a été modifiée avec l'accord de l'ADAPTH lors du démarrage de chantier ou au cours des travaux. Pour uniquement 2 chantiers, la solution n'a pas été respectée sans l'aval de l'ADAPTH. L'analyse de ces dossiers montre qu'il s'agissait de petites modifications n'impactant que peu la fonctionnalité de l'adaptation. Par ailleurs, dans les 2 cas, le bénéficiaire ne souhaitait pas une rectification par la société.

1.4 Problèmes rencontrés sur le chantier

Pour près de la moitié des chantiers, aucun problème n'a été relevé par l'ADAPTH, ce qui s'explique essentiellement par la 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 et tout problème potentiel est clarifié par l'ADAPTH afin d'éviter des litiges pendant les travaux.

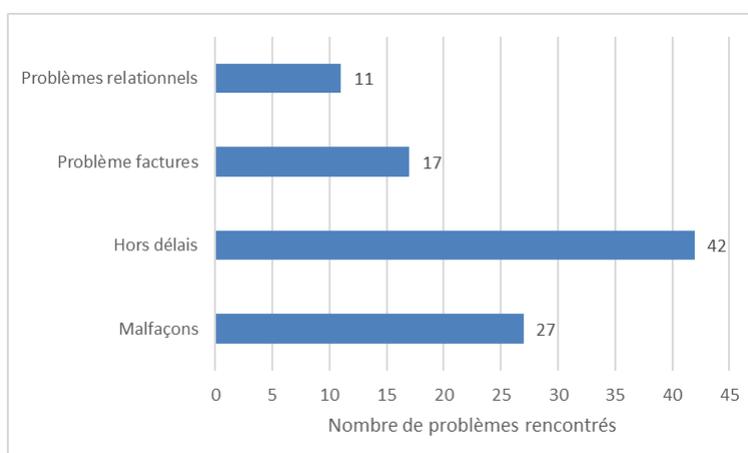
Pour 55% des chantiers, des problèmes ont été relevés par l'ADAPTH. Des problèmes multiples ont pu être identifiés pour 26% de ces chantiers.

43% des problèmes retrouvés concernaient des délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation.

Dans 28% 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.

Enfin, 11% se rapportaient à des problèmes relationnels entre le bénéficiaire et la société ou l'ADAPTH et la société.



1.4.1 Délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation

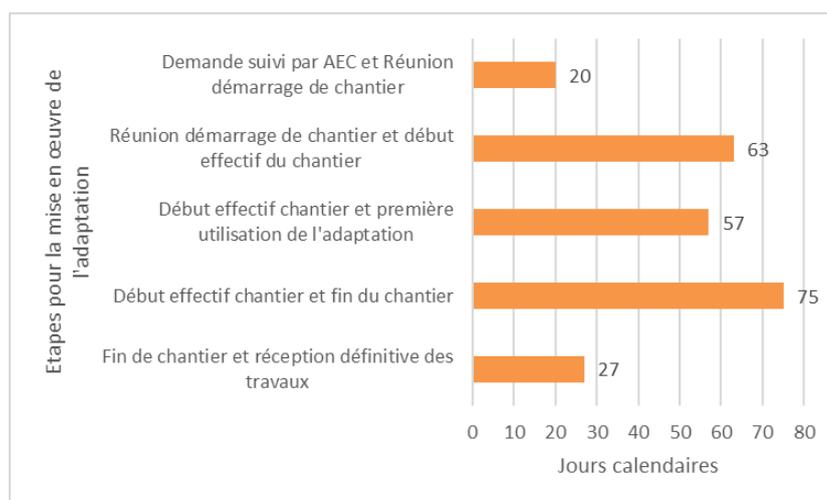
Dans cette analyse, les délais pour la mise en œuvre des chantiers ont été « classifiés » (délai normal ou délai trop long) par les experts de l'ADAPTH sur base de leur expérience professionnelle. Il est à voir dans quelle mesure les délais moyens déterminés par cette analyse permettront dorénavant à l'ADAPTH de se baser sur des données objectives pour positionner le délai pour la mise en œuvre d'un chantier.

Les délais trop longs pour la mise en œuvre de l'adaptation, constatés pour 42 chantiers, ont été pour la très grande majorité liés aux sociétés. 21% des retards sur le chantier étaient dus aux bénéficiaires (vacances, hospitalisation, recherche d'un hébergement pendant les travaux etc.).

Société	63%
Bénéficiaire	21%
Grossiste	9%
Autres	7%

La mise en œuvre de l'adaptation nécessite différentes étapes. On découpera donc cette mise en œuvre en cinq étapes, présentant chacune des délais de réalisation différents.

Le délai pour la mise en œuvre d'une adaptation est constitué par les étapes suivantes :



a 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, 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 20 jours pour les chantiers analysés, mais dans la plupart des dossiers, la réunion a pu être organisée dans un délai de 2 semaines par l'ADAPTH.

b 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 il est actuellement habituel de devoir attendre trois mois avant que la société ne puisse intervenir.

La moyenne du délai entre la réunion de démarrage et le début effectif du chantier a été de 63 jours pour les dossiers analysés.

c Délai entre le début effectif du chantier et une première utilisation de l'adaptation

Cette étape est importante à recenser, car l'adaptation peut souvent être utilisée bien avant la réception définitive des travaux.

Le délai a été de 57 jours en moyenne pour les chantiers analysés. Cependant, la notion de « première utilisation » n'a pas été assez clairement définie, ce qui impacte la fiabilité des données recueillies par l'ADAPTH. Des précisions seront à apporter par l'ADAPTH pour les prochaines analyses à réaliser.

d Durée entre le début effectif du chantier et la fin du chantier

La durée moyenne pour les chantiers analysés a été de 75 jours. Ces statistiques sont aussi à prendre avec réserve, car la fin de chantier n'a pas été définie clairement, laissant de la marge d'interprétation aux experts de l'ADAPTH.

e 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. Elle a eu lieu en moyenne 27 jours après la fin du chantier pour les dossiers analysés.

1.4.2 Malfaçons constatées lors du suivi de chantier

Dans un quart des 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.

Dans 67% des cas, les malfaçons relevées par l'ADAPTH ont été rectifiées par la société. Dans 20% des cas, le bénéficiaire n'a pas voulu recommencer des travaux et dans 13% des cas, la société a refusé la rectification.

L'analyse des chantiers pour lesquels la société a refusé la rectification montre que la malfaçon relevée n'avait qu'un impact mineur sur la fonctionnalité de l'adaptation. Néanmoins, il sera à voir dans quelle mesure des clauses en lien avec un non-respect du cahier des charges ne devront pas être intégrées au niveau du bordereau technique élaboré par l'ADAPTH.

1.4.3 Problèmes de facturation

L'ADAPTH procède à une vérification des factures établies par les sociétés avant de les transmettre à l'AEC. Pour 7 chantiers analysés, il y a eu contestation des factures par l'ADAPTH. Il s'agissait le plus fréquemment d'heures en régie facturées par la société, alors qu'elles n'avaient pas été nécessaires.

En effet, des heures en régie ont dû être prestées dans uniquement 7% des chantiers. Dans certains cas, des imprévus surgissent lors des travaux, comme par exemple l'absence de dalle au rez-de-chaussée d'une vieille maison, alors que le revêtement de sol est à refaire.

Pour 6 chantiers, les délais pour l'établissement de la facture par la société ont été très longs.

1.4.4 Problèmes relationnels

Des problèmes relationnels entre le bénéficiaire et la société, ou l'ADAPTH et la société ont été constatés pour 9 chantiers. Ces problèmes relationnels se manifestent quand des problèmes surgissent sur le chantier (retards, malfaçons, etc.).

1.5 Conclusions « Adaptations du logement analysées »

La solution « sur mesure » (cahier des charges fonctionnel) élaborée par l'ADAPTH pour pallier au mieux les difficultés rencontrées par le bénéficiaire a été respectée par les sociétés pour la quasi-totalité des chantiers analysés.

Par ailleurs, pour près de la moitié des chantiers (45%), aucun problème n'a été rencontré. Ce très bon résultat est essentiellement dû aux réunions de démarrage de chantier en présence de l'ADAPTH, de la société et du bénéficiaire, permettant de revoir les différents éléments du cahier des charges et de discuter des détails pratiques du chantier.

Pour les chantiers où un problème a été constaté par l'ADAPTH (55%), les délais importants pour la mise en œuvre de l'adaptation par la société ont été le plus fréquemment mis en cause. Ce délai est dû pour la majeure partie à la conjoncture du marché de la construction et à la disponibilité relative des sociétés en fonction de leurs autres chantiers. Malheureusement, l'ADAPTH et l'AEC n'ont que peu d'emprise sur ces facteurs.

Pour un quart des chantiers (26%), des malfaçons ont été détectées lors de la réception du chantier et des rectifications ont été apportées par les sociétés pour la très grande majorité de ces chantiers.

Les contestations de facture et des délais importants pour l'établissement des factures ont concerné 13% des dossiers. Des heures en régie n'ont dû être prestées que dans 7% des chantiers, ce qui témoigne de l'excellente qualité des bordereaux techniques établis.

En conclusion, il importe de remarquer que le suivi des chantiers d'adaptations du logement par l'ADAPTH est primordial. Cet accompagnement de près 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.

En 2020, l'analyse de l'adéquation entre l'adaptation du logement réalisée par la société et le cahier des charges établi par l'ADAPTH sera poursuivie.

Quelques modifications devront être apportées au recueil des données par l'ADAPTH :

- « classier » le délai pour la mise en œuvre de l'adaptation dorénavant par rapport aux durées moyennes déterminées dans cette analyse, afin d'objectiver la démarche ;
- préciser les données à recueillir concernant la durée pour la première utilisation de l'adaptation par le bénéficiaire et la durée du chantier, afin d'en augmenter la fiabilité ;
- documenter, pour des raisons de transparence, lorsque l'ADAPTH assiste le bénéficiaire dans le choix d'une société et indiquer les noms des sociétés transmises au bénéficiaire.

Par ailleurs, le bordereau technique devra être complété par des clauses en cas de non-respect du cahier des charges par la société, notamment en ce qui concerne le refus de rectification de malfaçons par la société.

2 Résultats de l'enquête de satisfaction concernant les adaptations du logement par l'assurance dépendance pour la période du deuxième semestre 2019

Pour rappel : Un questionnaire enquêtant sur la satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'adaptation de son logement est envoyé systématiquement à toute personne ayant bénéficié d'une adaptation du logement par l'assurance dépendance, six mois après la réception du chantier.

Cette enquête de satisfaction est réalisée par l'AEC depuis juillet 2019.

Les résultats présentés correspondaient aux questionnaires envoyés lors du 2^{ème} semestre 2019.

On remarquera un taux de participation à l'enquête particulièrement élevé : sur 67 questionnaires envoyés, 51 ont été remplis et retournés à l'AEC - soit un taux de participation de 76%.

Ce questionnaire se compose de plusieurs parties abordant :

- le travail fourni par les experts de l'ADAPTH
- le travail fourni par la société choisie et par rapport au matériel installé
- la qualité fonctionnelle de l'adaptation

2.1 La satisfaction du bénéficiaire par rapport aux services rendus par l'ADAPTH.

La très grande majorité des bénéficiaires est satisfaite, voire très satisfaite de la manière dont l'ADAPTH a traité leur dossier.

Très satisfait	29	56,86%
Satisfait	20	39,22%
Insatisfait	2	3,92%
Très insatisfait	0	0,00%

De même, près de 95% des bénéficiaires estiment avoir reçu des explications claires et compréhensibles par rapport au projet d'adaptation du logement de la part de l'ADAPTH.

Oui, tout à fait	35	68,63%
Oui, plutôt	13	25,49%
Non, pas vraiment	3	5,88%
Non, pas du tout	0	0,00%

Enfin 86,27% des bénéficiaires estiment avoir été suffisamment impliqués dans l'élaboration du projet.

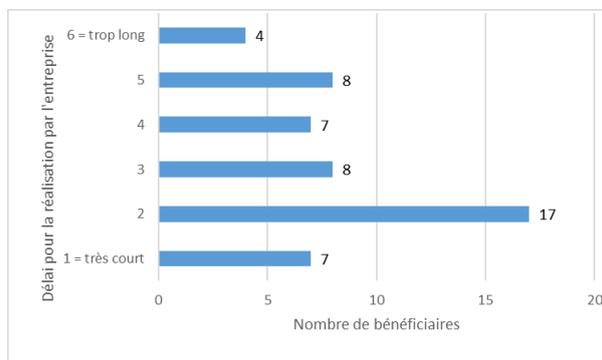
Oui, tout à fait	30	58,82%
Oui, plutôt	14	27,45%
Non, pas vraiment	7	13,73%
Non, pas du tout	0	0,00%

En conclusion, on peut retenir que les bénéficiaires sont très satisfaits des services rendus par l'ADAPTH.

Pour les 14% des bénéficiaires qui ne se disent pas vraiment impliqués dans le projet, il serait intéressant de savoir si l'origine du mécontentement provient en effet d'un manque d'écoute de la part de l'ADAPTH, ou si les bénéficiaires sont insatisfaits parce que le projet n'a pas pu être réalisé suivant leurs idées, pour des raisons fonctionnelles ou autres. Néanmoins, il serait judicieux que l'ADAPTH apporte à l'avenir une attention particulière à l'implication du bénéficiaire dans l'élaboration du projet.

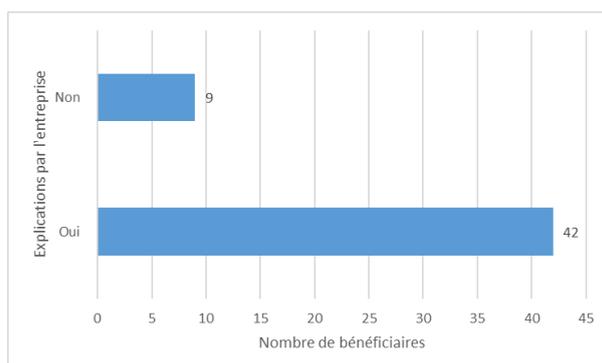
2.2 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'entreprise qui a réalisé les travaux.

En ce qui concerne le temps nécessaire pour la réalisation de l'adaptation par l'entreprise, 47,06% des bénéficiaires estiment qu'il est très court ou court, 29,41% des bénéficiaires ont trouvé ce délai moyennement long et pour 23,53% des bénéficiaires, il a été long ou trop long.



La quasi-totalité des bénéficiaires est satisfaite, voire très satisfaite des travaux réalisés par l'entreprise - uniquement une personne se dit insatisfaite.

17,65% des bénéficiaires indiquent, ne pas avoir reçu d'explications de la part de l'entreprise concernant l'utilisation et la maintenance de l'adaptation.



Tous les bénéficiaires sont satisfaits ou très satisfaits de la qualité du matériel installé.

Onze bénéficiaires ont rencontré un problème avec l'adaptation du logement depuis sa réalisation. La majorité de ces bénéficiaires a pu résoudre le problème avec l'entreprise qui a réalisé l'adaptation. Pour trois de ces bénéficiaires, dont un couple signalant la même difficulté avec une porte de douche, ce problème n'a pas encore été résolu lors de l'enquête. L'AEC a transmis ces dossiers à l'ADAPTH pour analyse.

Pas de problème rencontré	39 bénéficiaires	76,47%
Problème rencontré	11 bénéficiaires, dont 3 avec problème non-résolu lors de l'enquête	21,57%
Sans réponse	1	1,96%

En conclusion, on peut constater que les multiples actions prises par l'ADAPTH et l'AEC afin de diminuer le temps pour la mise en œuvre d'une adaptation du logement ont permis d'arriver à un taux de satisfaction de plus de 75%.

Toutefois, le délai pour la réalisation de l'adaptation par l'entreprise reste insatisfaisant pour près d'un quart des bénéficiaires et il faudra, dans la mesure du possible, chercher à améliorer cette situation.

Cependant, il convient de remarquer que ces délais concernent le plus souvent des problèmes de disponibilités des entreprises réalisant les chantiers : il est fréquent qu'elles aient un délai de 3 mois voire plus, avant de pouvoir commencer les travaux. Le délai pour la fourniture du matériel, le manque d'ouvriers sur les chantiers et les congés collectifs sont des facteurs qui ne peuvent pas être influencés ni par l'ADAPTH ni par l'AEC. Néanmoins, le respect d'un délai correct pour la réalisation de l'adaptation par l'entreprise est à ambitionner dans tous les cas.

En revanche, la satisfaction des bénéficiaires par rapport au travail réalisé par l'entreprise et à la qualité du matériel installé est quasi complète.

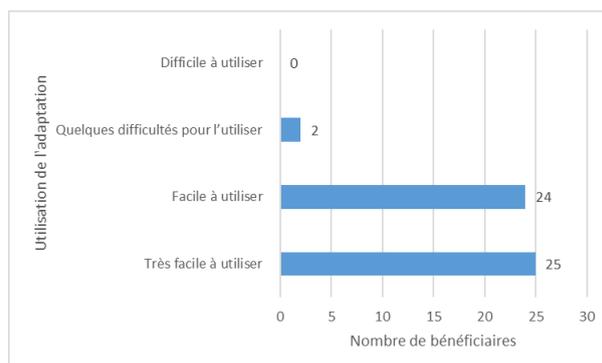
En ce qui concerne les explications relatives à l'utilisation et à la maintenance de l'adaptation, des efforts seront à faire par les entreprises. Une solution pourrait être d'obliger l'entreprise à fournir les explications requises lors de la réception de chantier en présence de l'ADAPTH. Il faudra cependant tenir compte du fait que certaines adaptations techniquement peu complexes ne nécessitent pas beaucoup de renseignements de la part de la société.

Il est surprenant que malgré une réception de chantier systématique par l'ADAPTH, 22% des bénéficiaires aient rencontré un problème avec l'adaptation depuis sa réalisation. La plus grande majorité des bénéficiaires a pu résoudre le problème avant la réalisation de l'enquête avec l'entreprise en charge des travaux. Les dossiers avec problème persistant lors de l'enquête et transmis à l'ADAPTH pour avis relevaient de problèmes mineurs ayant pu être résolus par le bénéficiaire ou l'entreprise.

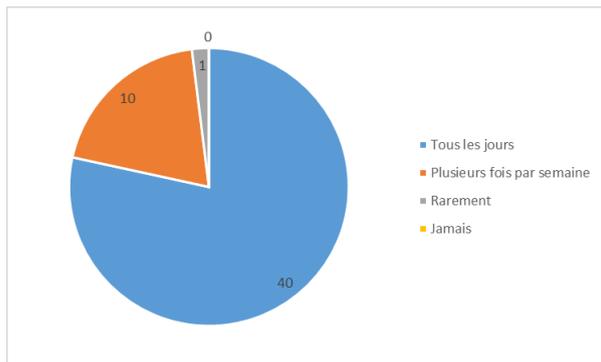
Néanmoins, il faudra désormais suivre de plus près cette survenue de problèmes avec l'adaptation après la réception de chantier et en analyser les raisons.

2.3 La satisfaction du bénéficiaire par rapport à l'utilisation de l'adaptation du logement.

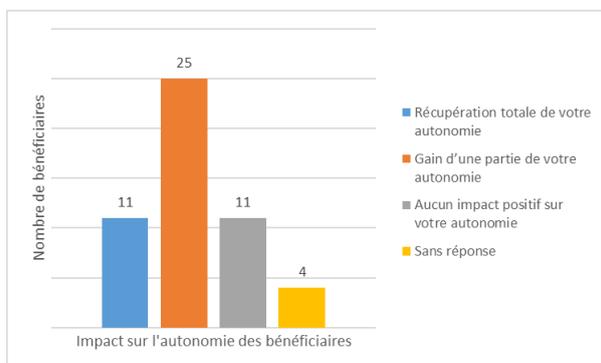
96% des bénéficiaires estiment que l'adaptation du logement est facile, voire très facile à utiliser. Uniquement 2 personnes rencontrent quelques difficultés pour l'utilisation.



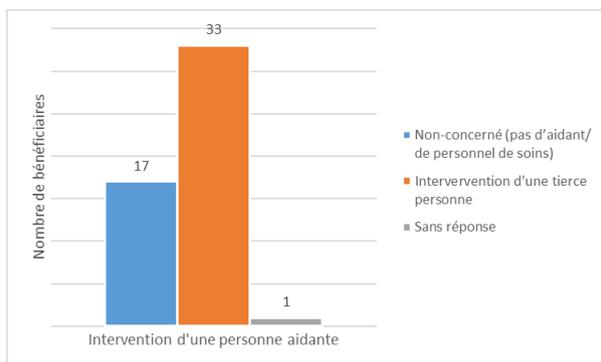
78,43% des bénéficiaires utilisent l'adaptation du logement quotidiennement, 19,60% des bénéficiaires l'utilisent plusieurs fois par semaine et uniquement 1 personne l'utilise rarement.



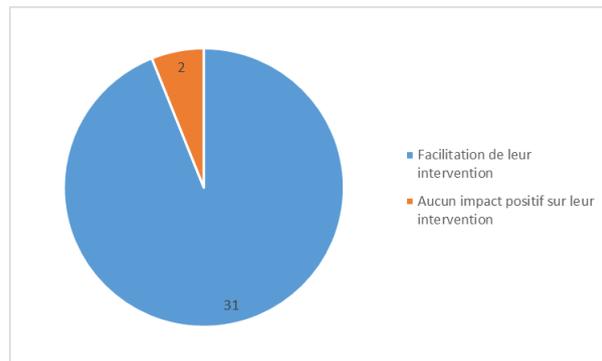
Près de 22% des bénéficiaires considèrent avoir récupéré une autonomie complète grâce à l'adaptation du logement et 49,02% des bénéficiaires indiquent avoir regagné une partie de leur autonomie. Pour 21,57% des bénéficiaires, l'adaptation n'a pas eu d'effet sur leur autonomie. 7,84% des bénéficiaires n'ont pas répondu à la question.



En ce qui concerne l'impact de l'adaptation du logement sur les aides et soins à fournir par la personne aidante, 33,33 % des bénéficiaires ont indiqué qu'ils ne nécessitent pas l'intervention d'une tierce personne.



Pour les personnes qui nécessitent l'intervention d'une tierce personne, 94 % des bénéficiaires considèrent que l'adaptation du logement facilite le travail de la personne aidante. 6 % estiment que l'adaptation n'a pas eu d'impact positif.



De nombreux commentaires très positifs concernant l'impact de l'adaptation du logement sur leur vie au quotidien ont été ajoutés par les bénéficiaires au niveau des questions concernant l'impact de l'adaptation sur leur autonomie et l'intervention de la personne aidante.

En conclusion, on peut retenir que 96% des bénéficiaires estiment que l'adaptation du logement est aisée à utiliser. L'adaptation du logement est utilisée régulièrement par la quasi-totalité des bénéficiaires.

Pour une large majorité de bénéficiaires, l'adaptation du logement a eu un impact positif sur leur autonomie, dont près de 22% ont récupéré une autonomie complète. Les adaptations du logement peuvent en effet être accordées à des personnes qui ne sont pas dépendantes au sens de la loi, afin de leur permettre de retrouver leur autonomie pour les actes essentiels de la vie.

22% des bénéficiaires n'ont pas gagné en 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.

94% des bénéficiaires nécessitant l'aide d'une tierce personne estiment que l'adaptation a eu un impact positif sur l'intervention de la personne aidante.

Remarque générale :

Certaines difficultés, ne relevant pas de la qualité de l'adaptation du logement, ont été mentionnées dans l'enquête :

- délai trop long pour le traitement de la demande d'adaptation du logement par l'AEC.
- difficulté avec une aide technique fournie par l'assurance dépendance. Les problèmes ont pu être résolus avec les référents respectifs des dossiers à l'AEC.
- insatisfaction par rapport aux prestations du réseau d'aides et de soins..

2.4 Conclusions de l'enquête de satisfaction concernant les adaptations du logement par l'assurance dépendance pour la période du deuxième semestre 2019

Les objectifs visés par l'octroi d'une adaptation du logement tels que définis à l'Article 356 (2) et (3) du Code de la sécurité sociale²⁵ ont donc été atteints pour la très grande majorité des adaptations réalisées.

L'analyse des résultats des 6 premiers mois de l'enquête de satisfaction portant sur les adaptations

²⁵« 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. »

« 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.** »

du logement par l'assurance dépendance permet de conclure que les bénéficiaires sont très satisfaits des services fournis par l'ADAPTH, expert de l'AEC pour les adaptations du logement depuis 1999.

La qualité du matériel installé, ainsi que le travail réalisé par les entreprises donnent dans la très grande majorité des cas satisfaction.

Les bénéficiaires utilisent les adaptations du logement très régulièrement et les qualifient de faciles à employer.

L'impact de l'adaptation du logement sur la réalisation des actes essentiels de la vie est très élevé et les objectifs recherchés par l'octroi d'une adaptation du logement par l'assurance dépendance ont pu être atteints pour la très grande majorité des adaptations réalisées.

Les problèmes avec les adaptations du logement survenus après leur réalisation ont pu être résolus par les entreprises en charge des travaux.

Quelques points faibles ont pu être identifiés grâce à l'enquête et les mesures suivantes seront à mettre en œuvre pour pallier les insatisfactions signalées :

- l'ADAPTH portera dorénavant une attention particulière à l'implication des bénéficiaires dans l'élaboration du projet ;
- l'entreprise fournira désormais les explications nécessaires concernant l'utilisation et la maintenance de l'adaptation lors de la réception de chantier, en présence de l'ADAPTH ;
- rechercher des pistes permettant de réduire le délai pour la mise en œuvre de l'adaptation du logement par l'entreprise ;
- suivre et analyser les problèmes avec l'adaptation du logement survenus après la réception de chantier, avec l'objectif d'en diminuer la fréquence.

L'enquête de satisfaction continuera à être menée par l'AEC pendant toute l'année 2020, afin de pouvoir analyser et suivre le niveau de satisfaction des bénéficiaires sur un nombre de dossiers plus élevé.

3 Conclusion générale : Résultats en matière d'adaptations du logement

L'AEC a mis en œuvre les contrôles dans le cadre des adaptations du logement à deux moments clés, à savoir à la fin du chantier et six mois après la réception du chantier.

Ces deux types de contrôles ont permis de dégager des pistes d'amélioration, et certaines actions tant correctives que préventives ont déjà été mises en œuvre notamment par l'ADAPTH dans le cadre de leur suivi des chantiers.

Enfin, c'est de nouveau les bénéficiaires, par le biais des enquêtes de satisfaction envoyées systématiquement 6 mois après la réception du chantier, qui confortent l'importance et les objectifs des adaptations du logement par l'assurance dépendance, avec des personnes récupérant une autonomie complète, gagnant en autonomie ou démontrant des soins facilités pour les soignants ou les aidants.

IV. QUI SONT LES AIDANTS ?

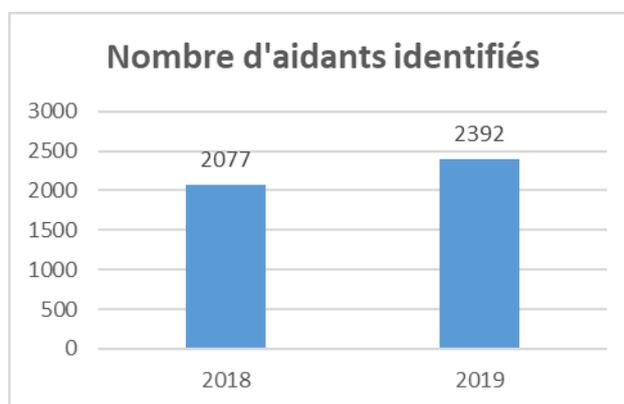
Les données qui ont servi à cette analyse sont extraites de la base de données de l'AEC. Les résultats présentés dans cette partie font état des données récoltées par les référents lors des évaluations des besoins des demandeurs et/ou des bénéficiaires de prestations dans le cadre des réévaluations réalisées.

Ils ne prennent en compte que les aidants identifiés pour les personnes dépendantes ayant atteint le seuil, alors que l'AEC recueille aussi ces données pour l'ensemble des demandeurs avec une personne de l'entourage participant aux aides et soins. Le nombre de personnes participant aux aides et soins évaluées est donc plus élevé que celui présenté ici.

Avant de reconnaître une personne comme aidant, le référent doit se prononcer sur les capacités et les disponibilités de la personne de l'entourage participant aux aides et soins. Ainsi, il 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.²⁶

1 Typologie des aidants

1.1 Nombre d'aidant identifiés



Au 01.01.2020, et depuis la mise en vigueur de la réforme de 2018, 4.469 personnes au total ont été reconnues comme aidant au sens de la loi selon les données de l'AEC.

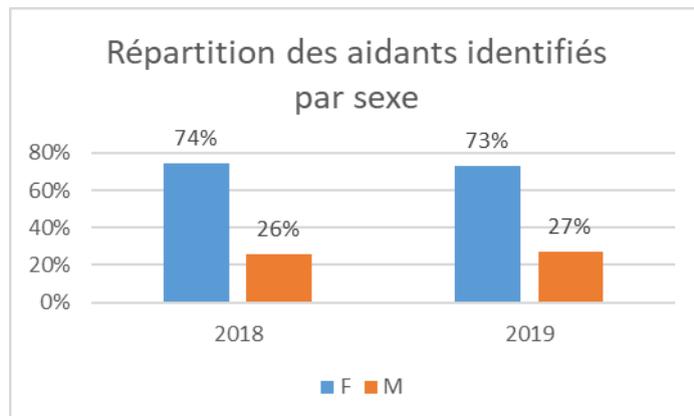
En 2018, 2.077 personnes ont été identifiées comme aidants capables d'assurer la prise en charge des bénéficiaires et recevant des prestations en espèces. Le nombre d'aidants reconnus en 2019 équivaut à 2.392, ce qui correspond à une hausse de 15% par rapport à 2018.

Cette augmentation s'explique en partie par le fait que l'AEC a réalisé davantage d'évaluations en domicile (mais aussi en général) en 2019, en raison des premiers mois d'adaptation liés à la réforme de 2018.

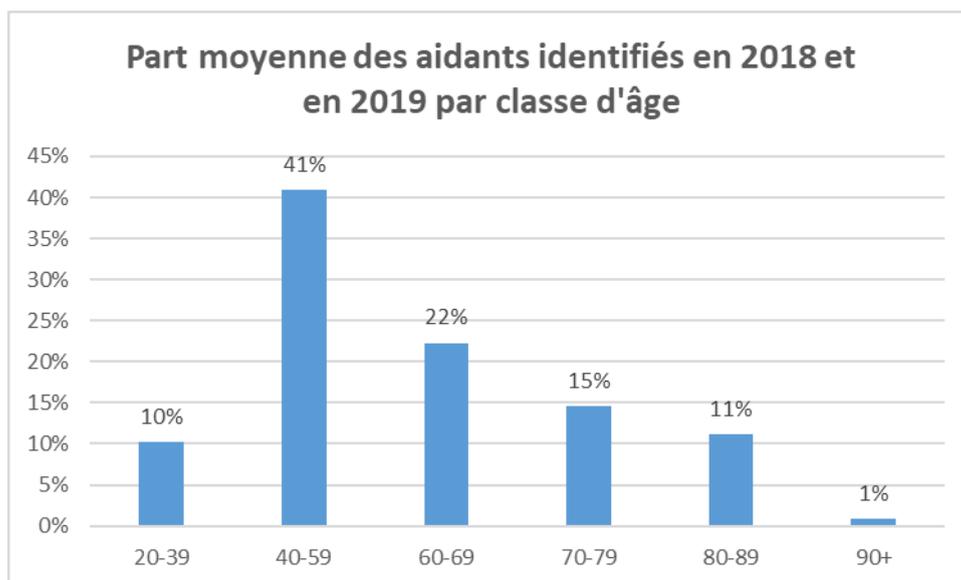
²⁶ Source : Outil d'évaluation QUESTAPP et extraction : DWH de l'AEC

1.2 Répartition des aidants identifiés par sexe

Que ce soit en 2018 ou en 2019, il y a une surreprésentation des femmes dans la population des aidants, présentant une part quasi identique pour les deux années, passant de 74% en 2018 à 73% en 2019.



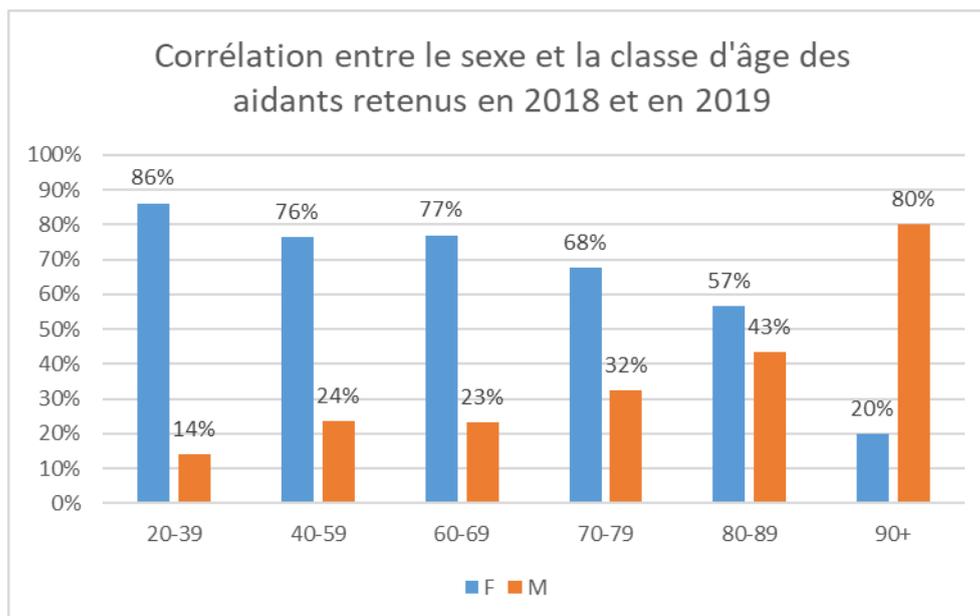
1.3 Part moyenne des aidants répartis par classe d'âge



Les aidants retenus en 2018 et en 2019 sont majoritairement âgés entre 40 et 59 ans, cette fourchette d'âge représentant 40,9% du total des aidants retenus.

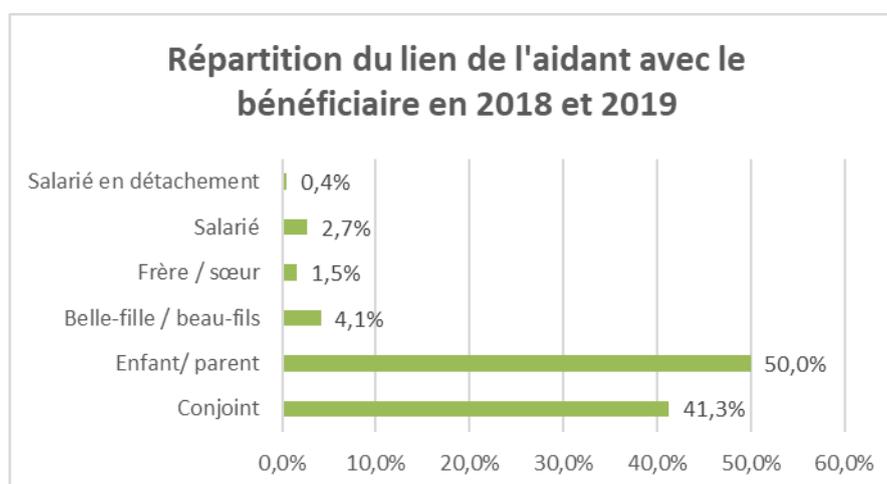
Même si cette classe d'âge est moins importante, on remarquera que les personnes âgées de 80 ans et plus représentent tout de même 12% de la population des aidants. Il importe de remarquer que l'aidant capable intervient selon ses capacités et cela peut être dans un seul des domaines des actes essentiels de la vie ou les activités de d'assistance à l'entretien du ménage, avec une fréquence plus ou moins importante.

1.4 Aidants identifiées par classe d'âge et par sexe pour les 2 années



La classe d'âge moyenne où les aidants de sexe féminin étaient le plus représentés proportionnellement par rapport aux aidants de sexe masculin en 2018 et en 2019 est celle entre 20 et 39 ans.

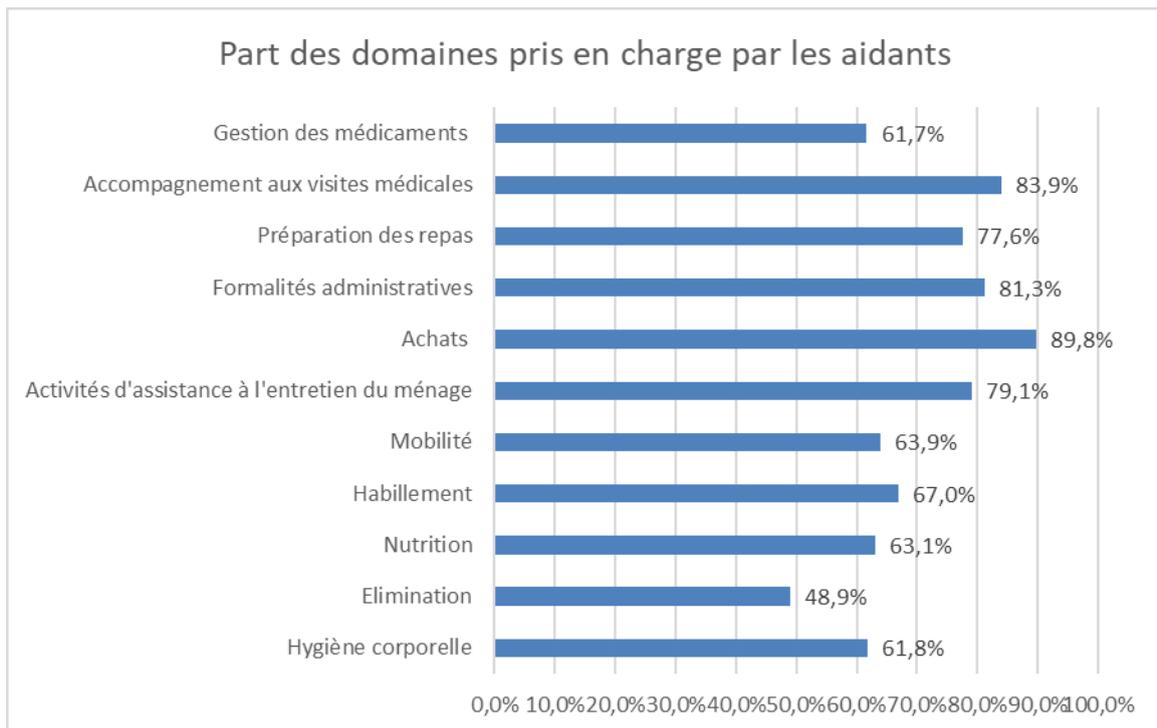
1.5 Liens entre l'aidant et la personne dépendante



Pour l'ensemble des aidants considérés, on notera que les aidants font partie, en majorité, de la famille proche, avec pour moitié des aidants qui sont parent ou enfant des personnes dépendantes ou alors conjoints (à 41,3%). Les aidants ayant le statut de salarié représentent 2,7%. On notera que pour la période considérée, très peu de cas (0,4%) concernant un salarié en détachement ont été identifiés par les référents de l'AEC.

2 Type et fréquence intervention

2.1 Domaines d'intervention de l'aidant

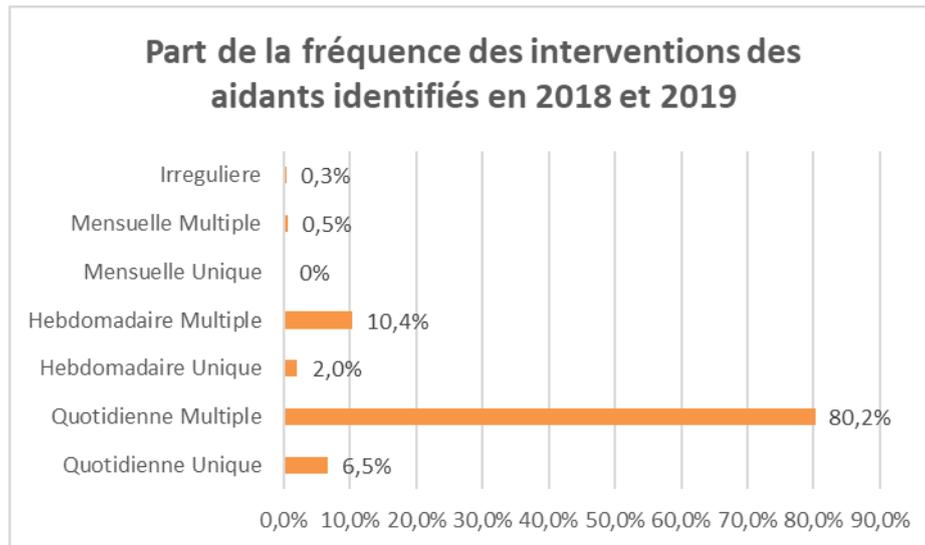


Il convient de noter que les aidants interviennent dans plusieurs domaines, tels que les actes essentiels de la vie (AEV) relevant du soin, mais aussi pour soutenir la personne dans l'organisation de la vie quotidienne, la logistique domestique et personnelle relevant davantage du « prendre soin ».

Le domaine d'intervention le plus pris en charge par les aidants est représenté par les achats dans 89,8% des cas, suivi de l'accompagnement aux visites médicales représentant 83,9% du total du nombre d'aidants identifiés pendant la période recensée (2018 et 2019). Les formalités administratives (81,3%) correspondent au troisième domaine d'intervention dont les aidants s'occupent le plus.

Les domaines d'intervention liés aux AEV sont donc moins cités que ceux qui ne seront pas considérés pour une prise en charge par l'assurance dépendance.

2.2 Fréquence d'intervention de l'aidant

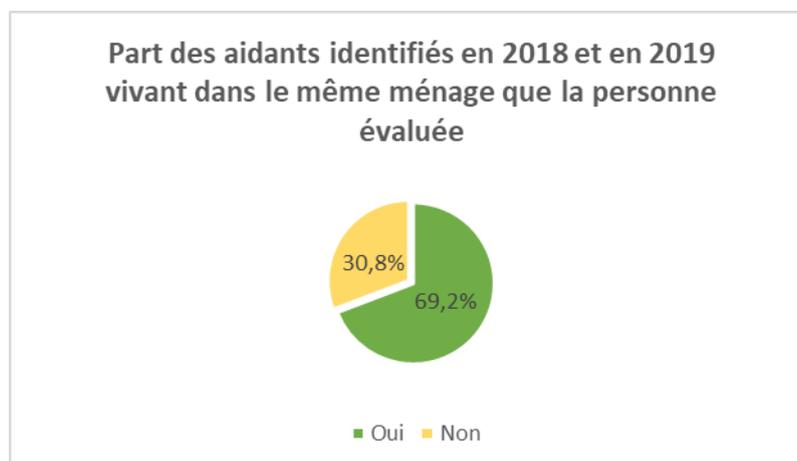


Parmi le total d'aidants identifiés en 2018 et 2019, 80% interviennent de manière quotidienne multiple, c'est-à-dire plusieurs fois par jour auprès de la personne dépendante.

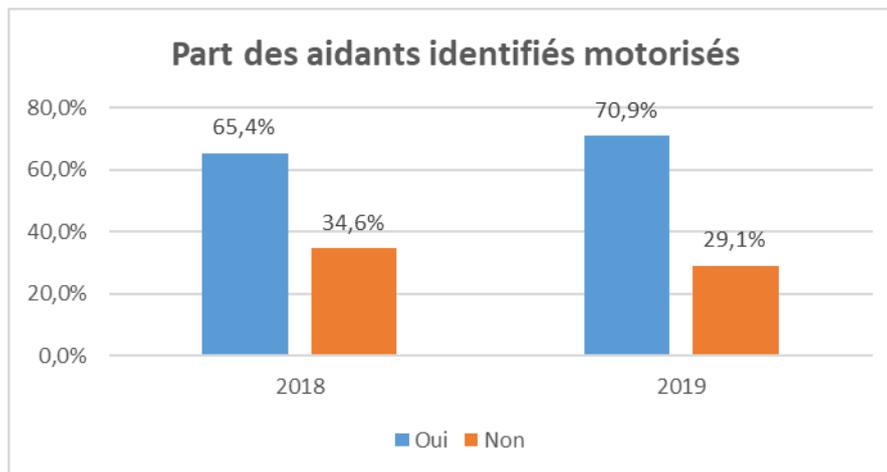
Les résultats montrent par ailleurs que **86,7%** (quotidienne unique et quotidienne multiple) des aidants participaient au moins une fois par jour à la prestation des aides et soins des bénéficiaires.

Enfin, le reste des interventions des aidants relève de l'intervention hebdomadaire multiple démontrant ainsi l'engagement important de ceux-ci et leur rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes dépendantes.

3 Lieu de vie de l'aidant

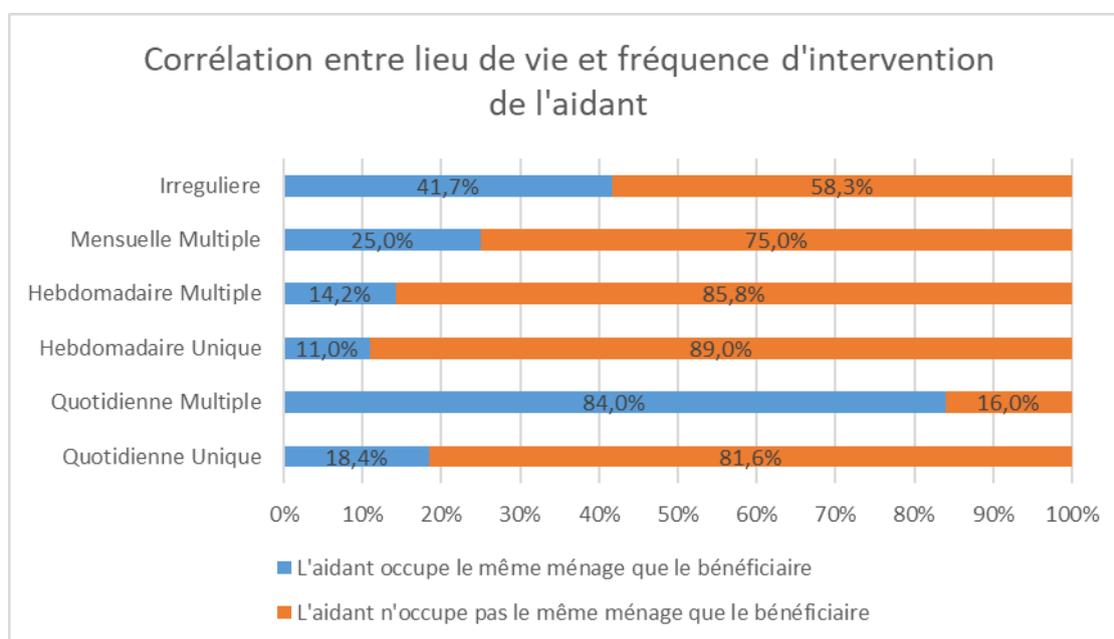


Les aidants vivent majoritairement (**69,2%**) dans le même ménage en 2018 et en 2019.



Parmi les aidants identifiés en 2018 et 2019, la majorité est motorisé à hauteur de 68%.

3.1 Lieu de vie et fréquence d'intervention de l'aidant

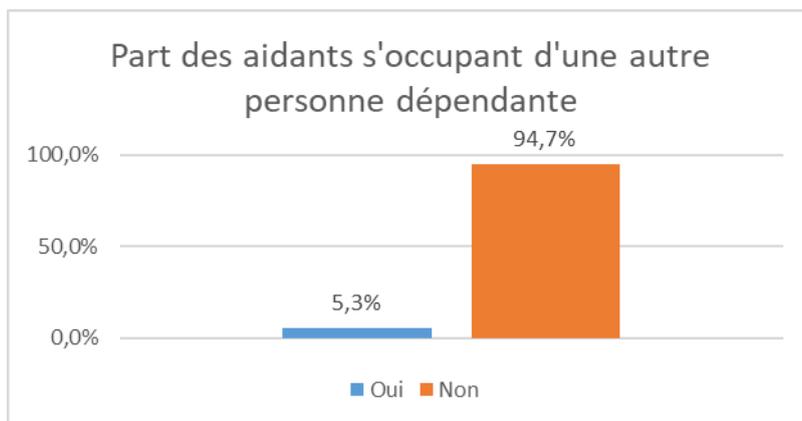


Ce tableau montre dans quelle mesure le lieu de vie de l'aidant peut influencer sur la fréquence d'intervention de l'aidant auprès du bénéficiaire.

Ainsi, 84% des aidants qui interviennent de manière quotidienne multiple occupent le même ménage que le bénéficiaire, confirmant leur disponibilité (pas de trajet) pour intervenir plus fréquemment que les aidants qui ne résident pas avec le bénéficiaire. Par ailleurs, les aidants qui participent aux aides et soins de manière mensuelle multiple ne vivent pas avec le bénéficiaire dans **75%** des cas.

4 Charges familiales

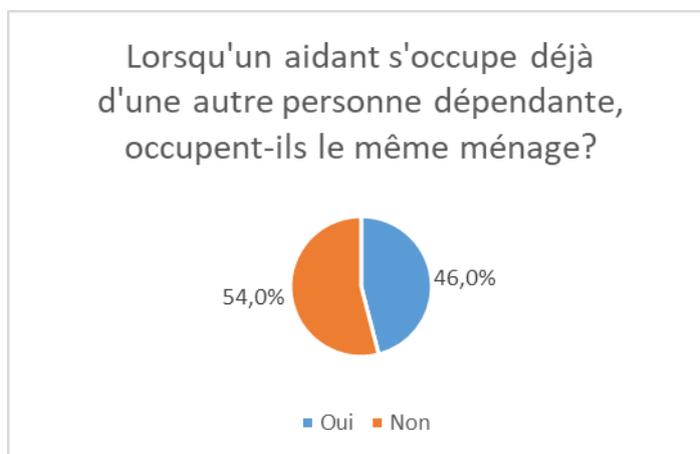
4.1 Aidant d'une autre personne dépendante



Seule une part minime (5,3%) des aidants s'occupait également d'une autre personne dépendante (pour les années 2018 et 2019 confondues).

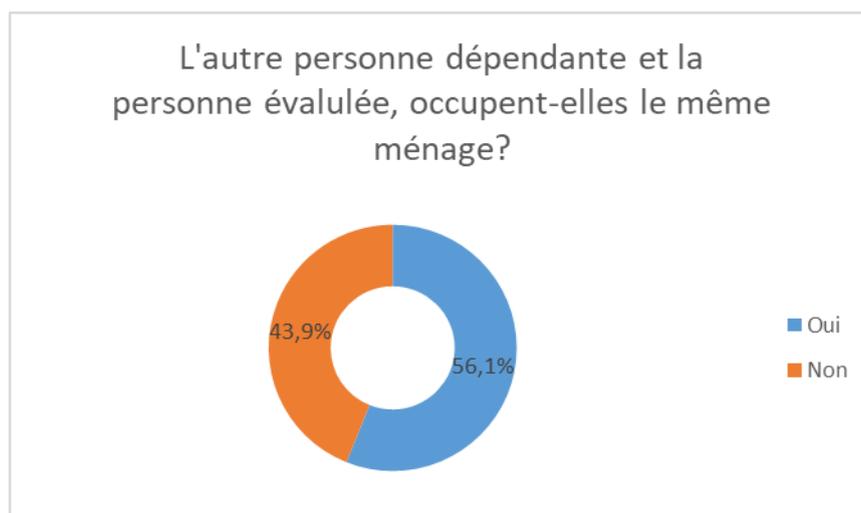
Dans ces cas, il est très important pour les référents d'avoir une vision globale des besoins de la personne dépendante évaluée avec son aidant, mais aussi des besoins de l'autre personne dépendante. On voit ici l'importance de la préparation de l'évaluation par les référents en amont, et plus particulièrement si les 2 personnes dépendantes n'habitent pas sous le même toit.

- a) L'aidant occupe le même ménage que l'autre personne dépendante



46% des aidants identifiés en 2018 et en 2019 qui s'occupent d'une autre personne dépendante vivent dans le même ménage que cette autre personne dépendante.

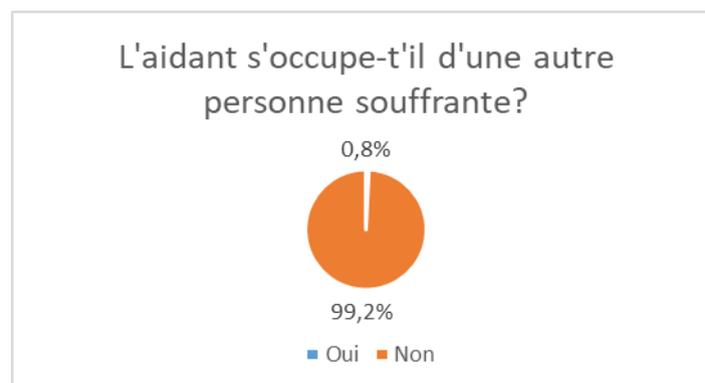
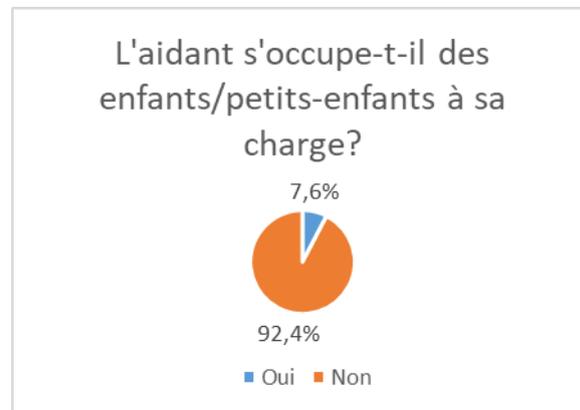
b) L'autre personne dépendante vit dans le même ménage que la personne évaluée



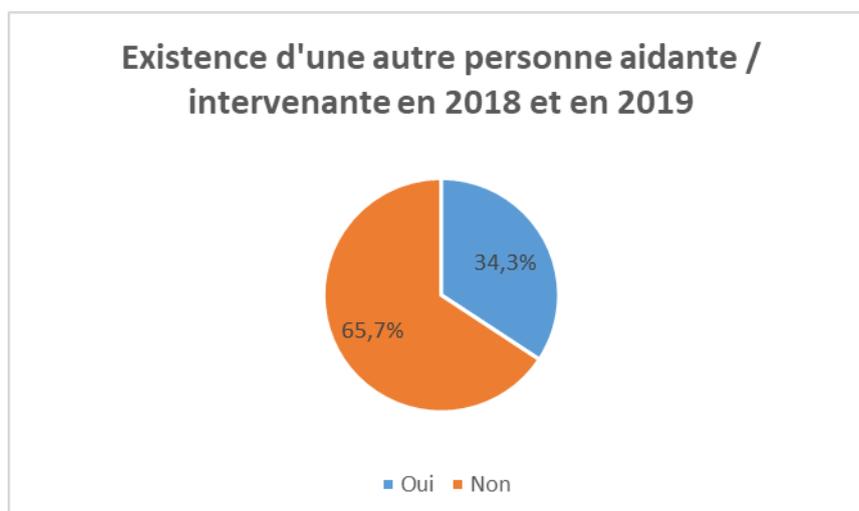
Selon les données recueillies en 2018 et en 2019, 43,9% des bénéficiaires vivaient dans le même ménage que l'autre personne dépendante dont l'aidant s'occupait. Il pourrait éventuellement s'agir des membres d'une même famille. En revanche, nous pouvons remarquer que dans 56,1% des cas, l'autre personne dépendante et la personne évaluée (le bénéficiaire) ne vivaient pas ensemble.

4.2 Autres charges familiales

Si leur part n'est pas forcément très importante (moins de 8% des aidants), on remarquera que certains aidants s'occupent parfois aussi d'autres personnes dans leur entourage comme des enfants ou petits-enfants, voire d'une personne malade mais non dépendante. Cette information sera donc aussi prise en compte afin d'évaluer les capacités et disponibilités de l'aidant et pour trouver, avec lui, la meilleure des solutions pour qu'il puisse assurer aussi ces autres charges familiales, le cas échéant.



4.3 Existence d'une autre personne aidante

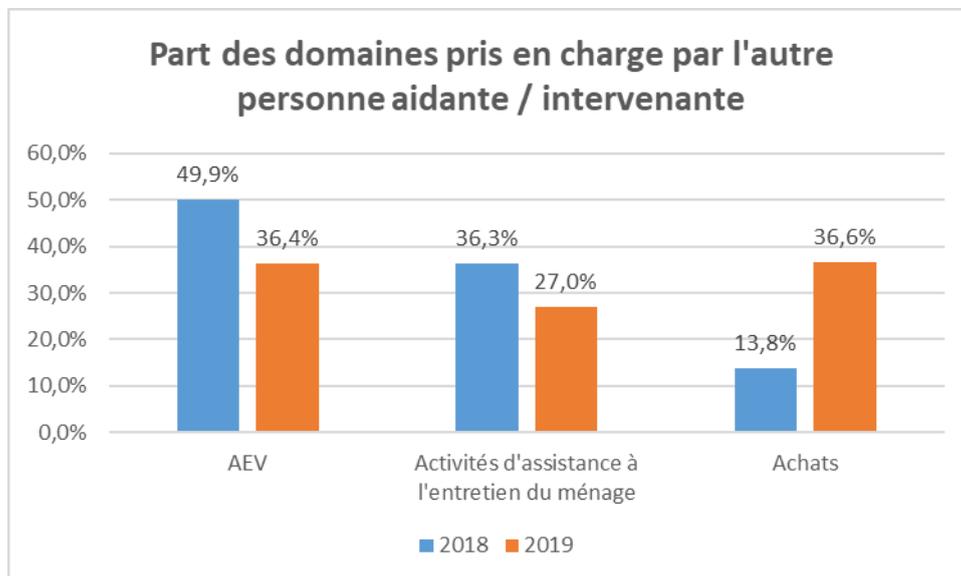


Pour les personnes évaluées prises en compte sur les 2 années, 34,3% d'entre elles bénéficiaient de l'aide d'une autre personne aidante intervenant dans les aides et soins. Deux tiers des aides et soins

sont dès lors assurés par une seule personne.

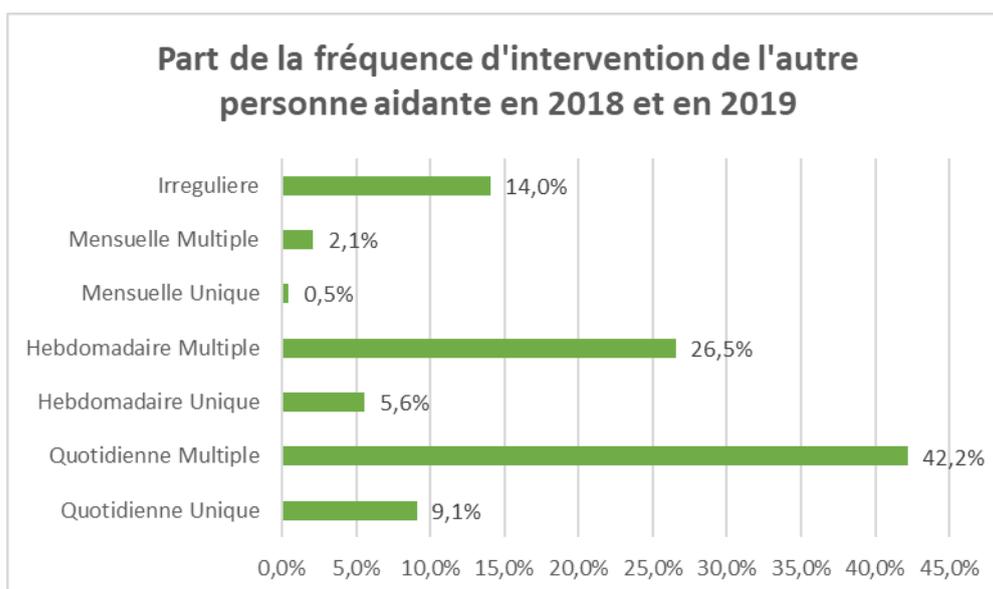
Ce type de considération est importante dans les réflexions du référent de l'AEC vu qu'il doit être attentif à l'épuisement ressenti et vécu par l'aidant, et plus particulièrement si cet aidant ne peut bénéficier d'un soutien d'une autre personne qui pourrait prendre le relais.

4.3.1 Domaines pris en charge par l'autre personne aidante



Alors que le domaine le plus pris en charge par l'autre personne intervenante en 2018 à hauteur de **49,9%**, est celui des actes essentiels à la vie : (l'hygiène, l'élimination, la nutrition, l'habillement et la mobilité), en 2019, les autres personnes aidantes effectuaient majoritairement des achats, à hauteur de **36,6%** du total des domaines pris en charge.

4.3.2 Fréquence d'intervention de l'autre personne aidante

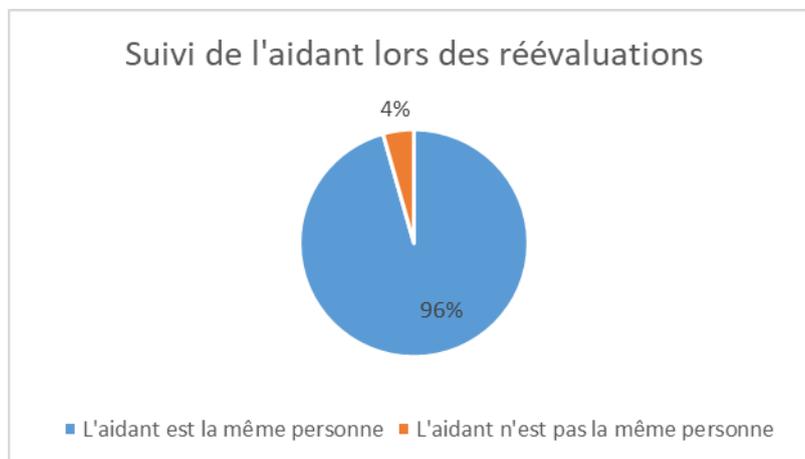


Sur la période recensée, nous pouvons remarquer que lorsqu'il y a une autre personne qui peut intervenir et elle-même soutenir l'aidant, alors elle intervient principalement plusieurs fois par jour (dans 42,2% des cas). L'intervention « hebdomadaire multiple », donc plusieurs fois par semaine, est recensée pour 26,5% des autres personnes aidantes. Les autres personnes aidantes

n'interviennent que très rarement uniquement une fois par mois (0,5%).

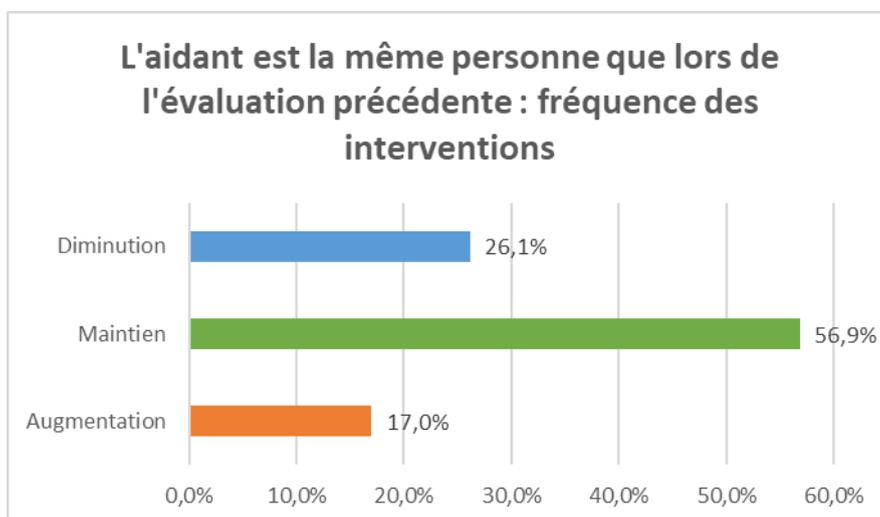
5 Suivi de l'aidant lors des réévaluations

Il convient de noter la période de recensement de ces données est de 6 mois (**du 01.09.2019 au 29.02.2020**). 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.



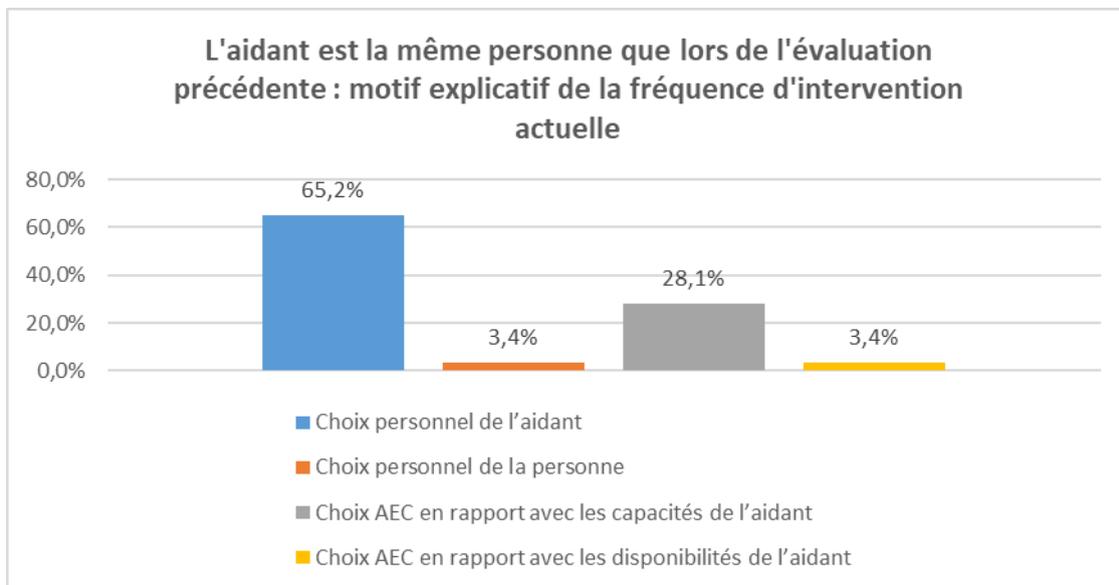
En cas de réévaluation, les résultats obtenus montrent que l'aidant était la même personne dans 96% des cas. Cela conforte l'hypothèse que l'aidant est bien souvent une personne qui intervient majoritairement sur une longue durée.

5.1 Lorsque l'aidant est la même personne que lors de l'évaluation précédente



Lorsque l'aidant est toujours la même personne que lors de l'évaluation précédente, son intervention n'a pas changé pour **56,9%** des aidants qui ont maintenu la fréquence de leurs interventions dans les actes essentiels de la vie.

Plus d'un quart des aidants (26,1%) ont diminué leur niveau d'intervention tandis que 17% d'entre eux ont augmenté leur investissement dans la réalisation des AEV depuis la dernière évaluation.



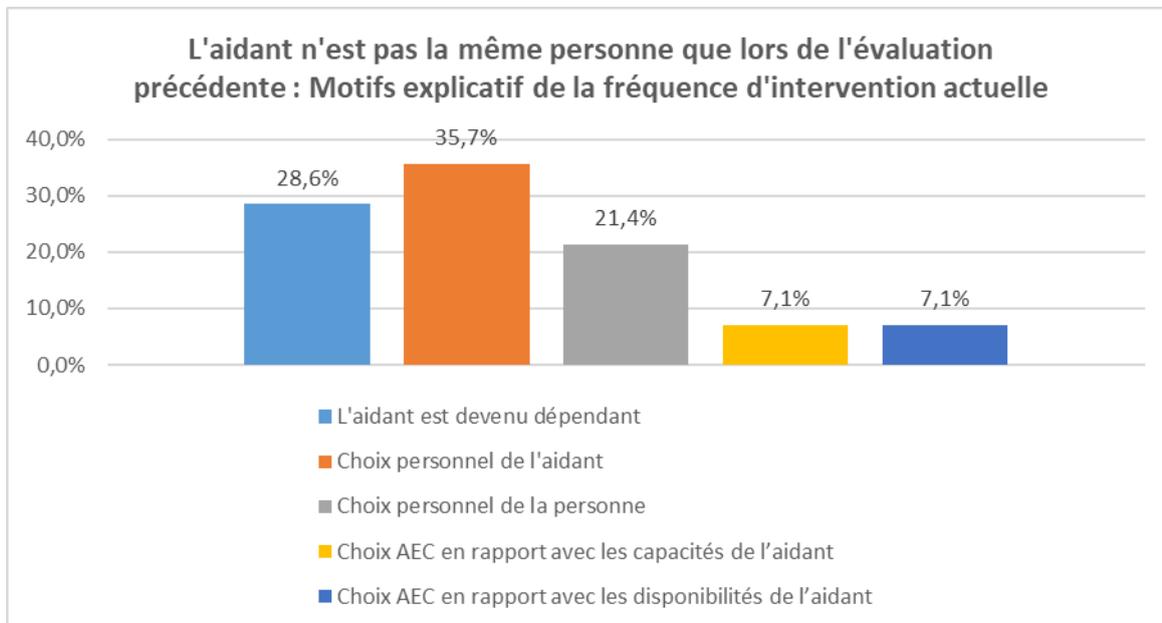
L'aidant présent lors de la réévaluation est donc, dans la grande majorité des cas, la même personne et, pour un peu plus de la moitié d'entre eux, ils continuent à intervenir selon les mêmes fréquences. Cependant près de 43% des aidants ont vu leurs fréquences d'intervention changer. C'est pourquoi, il est important d'expliquer pour quelles raisons les fréquences d'intervention de l'aidant ont pu changer entre les deux évaluations.

Lorsque les fréquences d'intervention ont changé, cela relevait, dans plus de deux tiers des cas, d'un choix personnel de l'aidant. Pour 28,1% des aidants réévalués, c'est le référent qui a décidé de changer la fréquence d'intervention de l'aidant en raison de ses capacités. Ce changement ne veut pas forcément dire que l'aidant n'est plus capable d'assumer certaines aides : le type d'aide a peut-être évolué ou son intensité a changé.

Le choix personnel de la personne oriente le changement de la fréquence dans 3,4% ; on retrouve le même résultat pour un changement de la part de l'AEC en raison des disponibilités de l'aidant : celui-ci est plus disponible (p. ex : passage de son travail à un temps partiel) ou alors il est moins disponible (p. ex. : reprise de travail ou arrivée d'un bébé dans le foyer).

5.2 Lorsque l'aidant n'est pas la même personne que lors de l'évaluation précédente

Lorsque l'aidant n'est pas ou plus la même personne que lors de l'évaluation précédente, alors c'est à nouveau le choix personnel de l'aidant, dans plus d'un tiers des cas (35,7%) qui explique majoritairement ce changement de fréquence d'intervention par rapport aux fréquences d'intervention de l'aidant précédent.

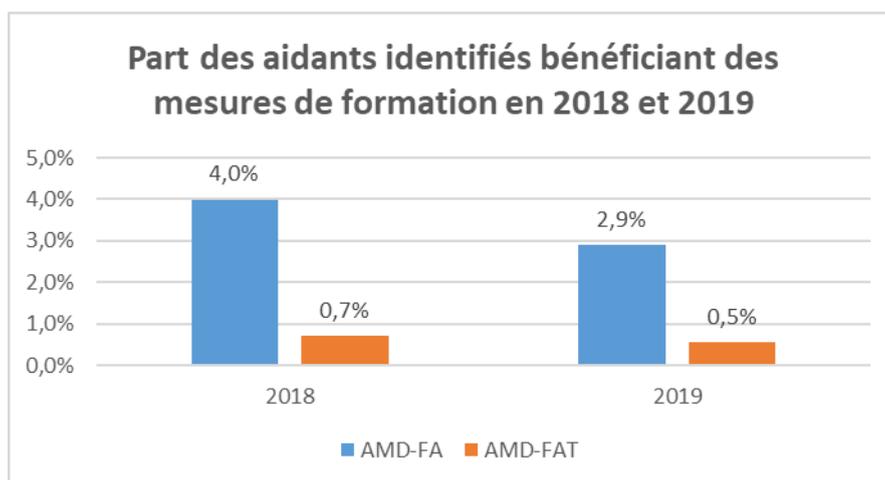


On remarquera que si l'aidant a changé, c'est aussi car l'aidant qui intervenait jusque-là est devenu **lui-même dépendant dans 28,6% des cas**. C'est une des conditions d'exclusion qui a été explicitement formulée dans le cadre de la réforme, afin de protéger et de préserver notamment l'autonomie restante de la nouvelle personne dépendante qu'était l'aidant, mais également pour garantir des soins de qualité à la première personne dépendante.

6 Les mesures en faveur de l'aidant

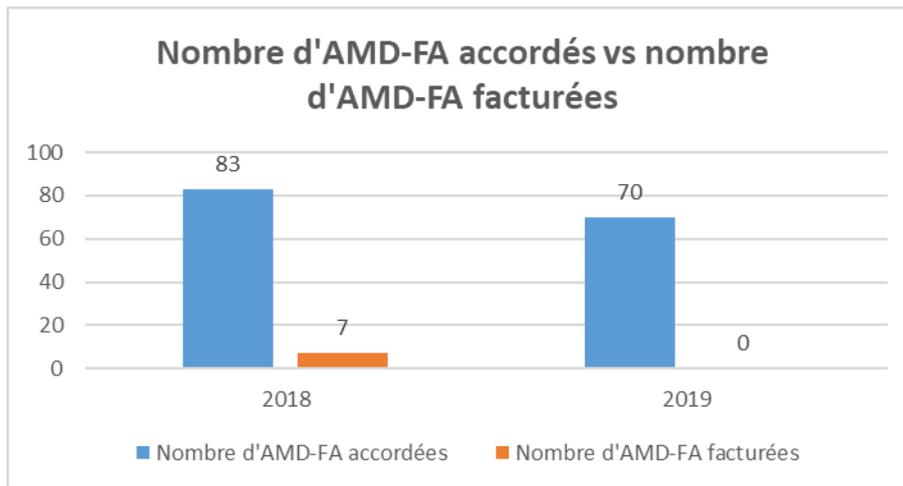
6.1 Les formations pour soutenir l'aidant

6.1.1 Part des aidants bénéficiant des mesures de formation



En 2018, 4% des aidants identifiés se sont vu attribuer l'acte « AMD-FA », une mesure de formation visant à soutenir et former l'aidant dans l'accomplissement des aides et soins. Cette formation a été accordée un peu moins en 2019. L'acte « AMD-FAT » a été accordé à 0,7% des cas lorsqu'un aidant été retenu en 2018. Cet acte consiste en une formation qui a pour but de faire profiter la personne dépendante et/ou son aidant des techniques et du savoir-faire dans l'utilisation des aides techniques mises à disposition. Cette formation a également été un peu moins accordée en 2019 (0,2%).

6.1.2 Nombre d'aidants ayant suivi une formation aidant



Concernant la formation qui consiste à garantir le développement des compétences de l'aidant à fournir l'aide dans les actes essentiels de la vie pour la personne dépendante, uniquement 7 formations sur les 83 formations accordées en 2018 ont été suivies par les aidants. Cela représente 8,4% du total des formations à l'aidant accordées.

Pour ces données, l'AEC a considéré les formations qui ont été facturées par les prestataires auprès de la CNS. Au 28.02.2020, soit toutes les formations n'ont effectivement pas été « consommées », soit elles n'ont pas encore été facturées.

En 2019, aucune formation n'a été facturée sur les 70 accordées. On pourrait alors en déduire qu'aucune formation n'a été suivie.

Il pourrait aussi y avoir comme explication le manque de recul étant donné que ces chiffres ont été recensés en début d'année 2020. Il faudrait attendre la facturation définitive par les prestataires pour analyser la réelle portée de ces formations pour l'année 2019.

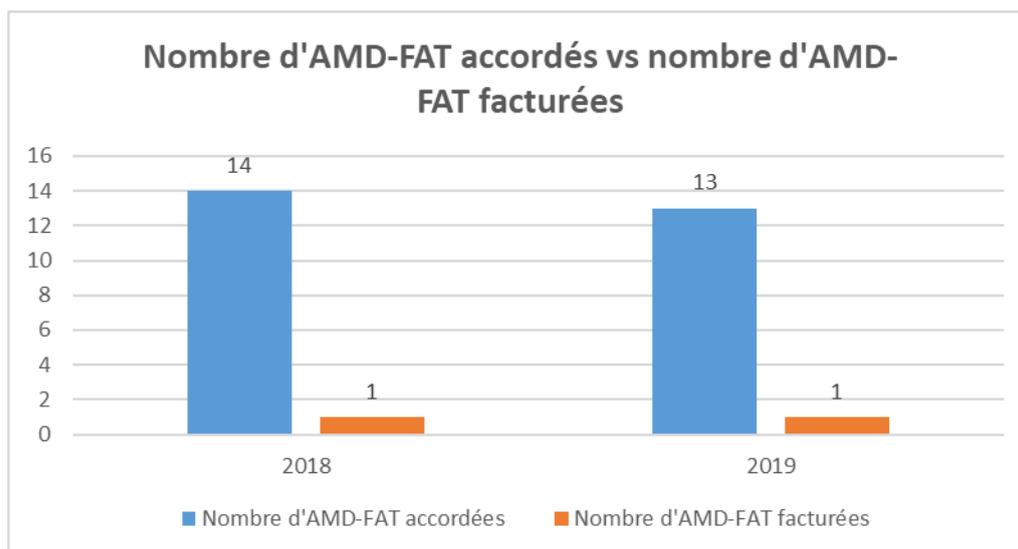
Il conviendra cependant d'analyser plus en détail les raisons expliquant ce faible nombre d'aidants ayant réellement suivi ces formations.

Différentes hypothèses peuvent être émises :

- les aidants ne savent pas/plus qu'ils peuvent bénéficier d'une telle formation : le référent, lors de son évaluation explique et thématise pourtant ce sujet avec l'aidant. Cependant, lors de l'évaluation, les personnes dépendantes reçoivent de très nombreuses informations. Cette prestation, si elle a été accordée, est bien présente sur la synthèse de prise en charge reçue par la personne dépendante ;
- les aidants ne peuvent pas/n'ont pas l'occasion d'effectuer cette formation. Engagé auprès de la personne dépendante, l'aidant ne « s'accorde » pas ce moment spécifique où il doit laisser seul la personne dépendante, même si des gardes sont disponibles pour assurer une présence ;
- l'offre n'est pas connue ou il y a peu d'informations sur les offres disponibles : l'aidant ne sait pas vers qui il peut se diriger ;
- il y a peu d'offre ;
- etc... .

Quoi qu'il en soit, l'AEC va s'atteler, en fonction des résultats soulevés, à faire en sorte que plus d'aidants puissent bénéficier de cette prestation.

6.1.3 Nombre d'aidants ayant suivi une formation liée aux aides techniques



De même, la formation sur l'utilisation des aides techniques a été facturée une seule fois en 2018 et en 2019.

Force est de constater que la facturation et donc, par hypothèse, la « consommation » de ces 2 types de formations est très basse (en dessous de 10%).

Pourtant, ces formations sont justement accordées lorsque les aidants peuvent rencontrer des difficultés dans l'aide à fournir ou dans l'utilisation des aides techniques mises à disposition. Ces formations s'inscrivent donc dans une logique de facilitation du rôle d'aidant afin de l'aider à le remplir de manière optimale et à diminuer certains problèmes.

6.2 Les autres mesures de répit à l'égard des aidants

Afin de savoir si les autres mesures visant au repos des aidants ont été utilisées par les aidants à cet effet, il convient de regarder les données de facturation.

En effet, contrairement aux actes essentiels de la vie qui font l'objet depuis la réforme de 2018 d'une facturation forfaitaire, et ce, à partir d'une intervention par semaine, les activités de garde individuelle ou en groupe notamment sont facturées « à l'acte » en fonction des heures qui ont été réellement prestées et utilisées.

La facturation est donc un des moyens pour connaître la « consommation réelle » de ce type de prestation. Ces données sont à disposition de la CNS, organisme gestionnaire dès que le prestataire met en compte ces différentes prestations, par le biais de la facturation.

Afin d'avoir le recul nécessaire et pour s'assurer que l'ensemble des données de facturation pour les deux années sont à disposition, ce rapport ne contiendra pas cette analyse. Elle sera effectuée en collaboration avec la CNS ultérieurement et fera intégralement partie du prochain rapport biennal.

6.3 Conclusions liées 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, c'est la première fois qu'il existe, au niveau national, de telles informations sur le profil des aidants et leurs implications dans la prise en charge des personnes dépendantes.

Si l'évaluation de l'aidant fait partie de sa mission dans le cadre d'une évaluation à domicile avec intervention d'une personne de l'entourage, il doit avant tout se prononcer sur les besoins de la personne qui demande des prestations de l'assurance dépendance.

Ces données montrent que l'aide des personnes dépendantes est fortement genrée avec des aidants à plus de 70% de sexe féminin, enfants, parents ou conjointe, en âge d'exercer une activité professionnelle.

Les aidants vivent pour la moitié dans le même domicile que la personne dépendante et assurent les aides et soins en majorité seuls.

Les données empiriques présentées dans cette partie doivent être complétées et pour certaines revues. Enfin, les constats faits amènent d'autres questions, notamment en termes d'impact dans la vie des personnes concernées avec l'importance des mesures de répit à disposition. C'est pourquoi l'AEC envisage d'analyser conjointement avec la CNS, les données de facturation et d'interroger directement ces aidants afin d'affiner leur connaissance et leur suivi.

D. OBJECTIFS PRÉVISIONNELS ET DÉPLOIEMENT 2020 - 2022

D. OBJECTIFS PRÉVISIONNELS ET DÉPLOIEMENT 2020 - 2022

I. DANS LE CADRE DES AIDES ET SOINS

1 Suivi des indicateurs

Une phase d'assimilation et d'analyse fine des premiers résultats, via des échanges avec les prestataires, sera nécessaire afin de moduler mais aussi de compléter les indicateurs recensés.

1.1 Suivi des indicateurs poids et douleur

L'utilisation des données récoltées lors des évaluations sera continuée avec cependant une adaptation au niveau de la classification des causes liées à la perte de poids et une précision dans l'identification de la présence d'actes liés à la nutrition.

Le suivi de ces indicateurs sera toujours réalisé lors du contrôle de la documentation. Cependant, il sera complété pour fournir le même niveau de détail que les informations recueillies par les référents lors de leurs évaluations.

1.2 Suivi de l'indicateur gestion des plaintes

Les résultats des questionnaires auto-administrés seront analysés au second semestre 2020 avec les prestataires et le cas échéant certaines pistes d'amélioration seront travaillées, notamment en terme de communication. Cependant, il conviendra surtout de voir comment faire évoluer cet indicateur et comment aller dans un niveau de détail supérieur. L'AEC souhaiterait stimuler un partage de bonnes pratiques à partir de 2021 car la gestion des conflits s'inscrit dans un concept global de management de la qualité, mais aussi de l'écoute et de l'implication de ses usagers. Ces partages pourraient être favorisés avec d'autres acteurs et ministères, étant donné que cette thématique est transversale, et non uniquement liée aux soins.

1.3 Recensement des indicateurs escarres et chutes

L'échange avec les prestataires sur les 1ers résultats est à organiser avant la fin du 1^{er} semestre 2020.

Il conviendra d'analyser les résultats moyens et les écarts observés. La définition des indicateurs, les difficultés rencontrées, le cas échéant, tant dans la compréhension que dans le recueil en lui-même seront thématiques dans les groupes de travail.

La deuxième partie de l'indicateur « Chutes » est à construire au 2^{ème} semestre 2020 pour un recueil au premier semestre 2021.

Le recueil de l'indicateur « Escarres » pour une nouvelle journée d'observation au 2^{ème} semestre 2020 est à convenir avec le groupe de travail, qui prendra soin d'analyser la première phase de recueil afin de préciser tout élément qu'il jugerait nécessaire de faire.

Enfin, la manière dont les prestataires recensent les données relatives à ces deux indicateurs doit devenir plus interactive, avec l'utilisation d'un outil tel qu'une plateforme ou une application spécifique facilitant l'encodage mais aussi l'exploitation et le rendu. L'AEC souhaite déjà utiliser ce nouveau support pour le deuxième recensement prévu de l'indicateur

« Escarres » au 2^{ème} semestre 2020.

1.4 Renforcement de la politique de contrôle de la documentation

Malgré le nombre réduit de prestataires et de documentations de prise en charge contrôlés, certains constats vont déjà alimenter le travail de collaboration et de réflexion fait au long cours avec les prestataires. Cela a été, de plus, l'occasion pour l'AEC de tester sa façon de faire, de préciser ses attentes en termes d'outil de recueil et de reporting, et de voir quelle devrait être son organisation future.

L'AEC souhaite dans un premier temps prendre le temps de demander à ces premiers prestataires comment ils ont vécu ces contrôles de documentation, afin d'en adapter le déroulement, le cas échéant.

Dans un second temps, l'AEC doit tirer des conclusions en terme organisationnel.

Le temps alloué actuellement pour le contrôle de la documentation doit être allongé. Une journée entière chez le prestataire semble plus adaptée afin d'aborder tous les aspects de la documentation.

L'AEC dispose maintenant de certaines informations tant dans le cadre de l'existence d'un système de gestion des plaintes chez le prestataire, que dans le recueil des indicateurs liés à la qualité de la prise en charge ou en matière de présence ou manque de documentation spécifique. Elle pourra prendre en compte ces données à disposition pour préparer et guider le nouveau contrôle.

À partir du milieu du second semestre 2020, l'AEC ambitionne de réaliser entre 2 et 4 visites de contrôles par semaine, chaque semaine, en équipe de 2 personnes.

Seule la pérennité, voire l'augmentation des ressources humaines allouées à l'UQC permettra d'assurer ces contrôles réguliers voire d'en augmenter le nombre. La formation et le soutien des personnes en charge de ces contrôles reste aussi à garantir afin d'être en mesure de faire un roulement dans les équipes de contrôles. Ces contrôles ne sont pas de simples audits documentaires où seule la présence de l'information est recherchée : il faut aussi être en mesure de comprendre quels sont les besoins et les spécificités du bénéficiaire, afin de savoir si toutes les informations requises sont présentes, comme par exemple le croisement des données liées à la prise de certains traitements avec les diagnostics présents au sein du dossier, etc.

Le lien avec les aides techniques mises à disposition ou qui pourraient être mises à disposition, (outils de prévention et de soins) sera développé également avec le concours de l'expert de l'UQC en matières d'aides techniques et adaptations du logement

Enfin, l'outil de recueil des données à utiliser dans le cadre des contrôles de documentation doit être construit de façon à faciliter le travail des équipes de l'UQC. Cet outil visera aussi une mise en forme quasi directe du rapport de visite de façon standardisée, afin de permettre un feedback complet, dans les meilleurs délais, aux prestataires. Les données recueillies seront à compiler, afin de s'assurer que le suivi de la qualité au niveau de chaque prestataire, mais aussi dans le cadre du prochain rapport biennal, soit aisé. Un travail non négligeable de programmation et développement informatique sera à réaliser afin de garantir de bonnes conditions pour les prochains contrôles.

Particularité du secteur à domicile

Seules deux entités de réseau d'aides et de soins à domicile ont été contrôlées. Cependant l'AEC a entrevu certaines difficultés qu'il conviendra de résoudre avant de poursuivre les contrôles.

1. L'AEC n'est pas en mesure d'identifier quelle entité ou site prend en charge quel bénéficiaire (cf. bureau régional, antenne, centre d'aides et de soins, etc...).
2. Au vue de son implication, le cas échéant, dans les aides et soins, et même si cela n'est pas explicitement listé dans les éléments de contenu obligatoire de la documentation, l'AEC souhaite inclure des constats à réaliser sur des informations spécifiques liées à l'aidant.

Il semble en effet essentiel que la documentation de prise en charge contienne notamment des informations liées au type d'intervention de l'aidant. La question de l'enregistrement de ses périodes d'indisponibilité pourrait également être abordée, en raison des impacts que cela peut avoir dans le cadre de son engagement lors de la réévaluation des besoins de la personne dépendante. On a pu voir, lors des réévaluations, que l'aidant est plutôt un aidant au long cours et que ce sera donc, dans une grande majorité des cas, le même que lors de l'évaluation qui a formalisé la répartition initiale des aides et soins entre le prestataire et l'aidant.

Le rôle du prestataire dans le soutien à l'aidant n'est pas à négliger dans le cadre de ses obligations de coordination avec l'assurance dépendance. Une bonne collaboration avec l'AEC pour suivre l'implication de l'aidant dans la réalisation des aides et soins passe aussi par un enregistrement de certaines informations à retrouver dans la documentation de prise en charge.

3. En ce qui concerne la « consommation » des mesures de répit, il semble important de pouvoir retrouver, si des substitutions de gardes ont été effectuées, avec le cas échéant une

justification du motif. Ces données s'inscrivent dans le suivi de l'aidant qui incombe certes à l'AEC. L'AEC doit cependant pouvoir compter sur le prestataire pour lui fournir ses observations au long cours et compléter par ces observations, le cas échéant, sa prise de décision.

De manière générale, la documentation de prise en charge pour les bénéficiaires à domicile doit donner une image complète de la prise en charge de la personne. Ainsi, l'AEC souhaite s'assurer que tous les éléments de la prise en charge, c'est-à-dire tant l'intervention du réseau d'aides et de soins dans les aides et soins du quotidien, mais aussi les interventions des aidants et le suivi en foyer de jour, le cas échéant, soient renseignés dans la documentation de prise en charge.

2 Politique de réévaluation

Il est important de consolider le succès de l'utilisation de l'outil mySecu utilisé par les prestataires dans le cadre des réévaluations en s'assurant de la qualité des informations transmises et en continuant son déploiement dans l'ensemble du secteur des soins de longue durée.

La mise à disposition de l'outil traduit en allemand, la plus grande autonomie des prestataires dans la gestion de leurs espaces et des droits de leurs utilisateurs ainsi que le déploiement auprès du secteur du handicap à partir du 2^{ème} semestre 2020, renforceront encore l'apport indéniable de cet outil pour répondre aux exigences de la politique ambitieuse de réévaluation.

Enfin, à partir de 2021, l'AEC réalisera des évaluations de contrôles sporadiques afin de comparer les données fournies par le prestataire et le résultat de l'évaluation par un référent de l'UQC. Il s'agira de s'assurer de la pertinence et de la qualité des données transmises pour garantir la bonne attribution des aides et soins. Ces réévaluations de contrôles seront une nouvelle validation de la qualité des informations transmises par les prestataires, et l'occasion, si besoin, de les accompagner à nouveau vers une qualité optimale de remplissage.

3 Réalisation d'une enquête de satisfaction nationale

Une première étude de satisfaction des bénéficiaires à domicile a été réalisée en 2007, suivie d'une étude sur la satisfaction des bénéficiaires de l'assurance dépendance résidant en établissements d'aides et de soins à séjour continu entre août 2009 et avril 2010.

Suite à la mise en vigueur de la réforme de 2018, et suite aux évolutions démographiques, technologiques et sociétales, l'AEC souhaite réaliser de nouvelles enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance.

Tout comme en 2007 et 2009-2010, l'AEC procédera à ces enquêtes en regroupant la population dépendante en deux groupes : celle prise en charge à domicile et celle prise en charge en établissement.

3.1 Objectifs de l'enquête de satisfaction

L'AEC a décidé de donner la priorité à la réalisation d'une enquête auprès des bénéficiaires à domicile, au niveau national. Cette enquête de satisfaction portera sur les 3 objectifs suivants :

Le fonctionnement de l'AEC

Certains aspects seront à aborder dans cette étude afin de soutenir l'AEC qui est en démarche d'amélioration continue de la qualité, comme par exemple :

- la disponibilité de l'AEC et le professionnalisme des référents ;
- la communication entre l'AEC et les bénéficiaires ;
- la qualité des mesures d'information et de suivi du dossier ;
- les délais de traitement des dossiers ;
- les besoins et/ou les recours possibles à la digitalisation des informations et le suivi du dossier (cf. le numérique - un vecteur possible/utilisé par la population dépendante)

L'organisation des soins autour de la personne dépendante

Il ne s'agit pas de savoir si la personne dépendante est satisfaite de son prestataire.

Il s'agit en revanche ici de se focaliser sur les choix qui ont été faits par la personne dépendante et/ou son entourage dans l'organisation de la prise en charge, comme par exemple :

- choix du maintien à domicile / influence de la hauteur de l'intervention du prestataire
- type de prestations dispensées par le prestataire (AMD + AAI)
- limites pour maintenir une prise en charge à domicile

L'aidant

L'aidant joue un rôle primordial dans le maintien à domicile. Depuis la réforme de l'assurance dépendance, son rôle a été valorisé et des mesures ont été ajustées voire créées afin de le soutenir dans l'accompagnement de la personne dépendante. Ce rapport biennal donne pour la première fois des informations sur son profil et ses interventions, mais, au vu de son importance, l'étude à mener a pour ambition de voir quelle est la connaissance auprès des aidants des prestations qui sont directement ou indirectement liées à leur répit, quelle est la « consommation » de ces prestations dédiées, mais aussi leur ressenti en tant que personne participant activement (de façon choisie ou non) à la prise en charge d'une personne dépendante.

3.2 Calendrier de mise en œuvre

En raison de l'envergure de ce type d'étude, l'AEC devra soumettre un appel d'offre via le portail dédié du gouvernement, avant la fin du 1er semestre 2020. Ce délai risque cependant d'être repoussé en raison de la pandémie qui s'est déclarée en mars 2020. Après une phase d'élaboration et de validation des moyens de recueil, le prestataire sélectionné devra envisager une collecte de données avant la fin du 1er semestre 2021. L'analyse des données sera prévue pour le 2ème semestre 2021.

II. DANS LE CADRE DES AIDES TECHNIQUES

1 Enquêtes de satisfaction

L'AEC réalisera quatre enquêtes de satisfaction annuelles, deux par rapport à la fourniture d'aides techniques standards et deux par rapport à la fourniture d'aides techniques non- standards.

1.1 Enquêtes de satisfaction : aides techniques standards

En 2020, les enquêtes de satisfaction porteront sur :

Les lève-personnes actifs et passifs

Les résultats de cette première enquête sont présentés dans la partie C, Résultats, II.-2.1 Résultats de l'enquête de satisfaction concernant les lève-personnes mis à disposition par l'assurance dépendance au cours du deuxième semestre 2019.

Les pistes d'amélioration détectées par cette enquête devront être mises en œuvre par l'AEC en 2020 :

- déterminer des modalités pour l'attribution de l'acte « complément transferts » (AEVM-C) et la mise à jour de la synthèse de prise en charge des aides et soins, lorsqu'un lève- personne est attribué par la « Helpline aides techniques » ;
- analyser le bien-fondé de l'octroi systématique d'une formation liée aux aides techniques, si le lève-personne est manipulé par un non-professionnel ;
- définir le déroulement-type pour la livraison d'un lève-personne et préciser les étapes indispensables à respecter par tout fournisseur de lève-personnes, afin d'assurer une utilisation en toute sécurité au bénéficiaire ;
- élaborer une fiche de réception spécifiant les prestations à fournir lors de la livraison d'un lève-personne, fiche à signer obligatoirement par le bénéficiaire/son aidant et à transmettre à l'AEC par le fournisseur ;
- communication des résultats de l'enquête de satisfaction aux fournisseurs et échange par rapports aux nouvelles consignes établies.

Les chaises de douche standards: chaises de douche à 4 pieds/chaises de douche de coin et les tabourets de douche

Etant donné que le type de chaise de douche convenant à la configuration d'une douche n'est pas toujours aisé à définir, d'autant plus si la demande est traitée par un agent de la « Helpline aides techniques » de l'AEC, il nous importe de connaître la satisfaction des bénéficiaires par rapport au type de chaise fourni.

L'enquête est prévue pour septembre 2020.

1.2 Enquêtes de satisfaction : aides techniques non standards

Les fauteuils roulants actifs pliables et à cadre fixe

Ces aides au déplacement sont le plus souvent mises à disposition de bénéficiaires paraplégiques ou tétraplégiques très actifs, qui « vivent » dans leur fauteuil roulant.

Même si les demandeurs ont souvent de bonnes connaissances par rapport aux différents types de fauteuils roulants actifs sur le marché, la détermination du modèle et des options requises qui incombe au référent peut s'avérer difficile.

Il est donc important d'enquêter sur la satisfaction des bénéficiaires de fauteuils roulants actifs et de prendre connaissance de leurs propositions d'amélioration éventuelles par rapport à la procédure actuellement en place pour la fourniture de fauteuils roulants actifs.

L'enquête est prévue pour mai 2020, mais devra probablement être reportée en raison de la pandémie liée au coronavirus COVID-19.

1.2.2. Les aides optiques pour personnes malvoyantes

Les aides optiques sont commandées par l'AEC sur base d'une évaluation réalisée par les experts

du Service d'orthoptie (SOP) ou du Centre pour le développement des compétences relatives à la vue (CDV).

Elles ont en principe été essayées avec le demandeur et devraient donc correspondre à ses besoins. D'un point de vue « optique », ces aides techniques sont requises et compensent en partie les difficultés visuelles du demandeur, mais la question de l'utilisation au quotidien de certaines de ces aides optiques se pose cependant régulièrement au sein de l'AEC. L'enquête en matière d'aides optiques ne peut pas se faire par courrier - vu les déficits visuels de ces assurés - et devra donc être réalisée par téléphone. Elle portera sur les aides optiques suivantes: les systèmes vidéo agrandissant l'image, les loupes avec éclairage incorporé, les loupes sans éclairage, les loupes électroniques transportables et les machines à lire.

L'enquête sera réalisée en novembre 2020 par téléphone. Lors de l'organisation de l'enquête, il faudra tenir compte de l'âge avancé de beaucoup de ces bénéficiaires : 20% des bénéficiaires d'aides optiques de 2018 étaient âgés de 90 ans ou plus.

Les aides techniques pour personnes aveugles seront analysées ultérieurement.

2 Engagements qualité des différents fournisseurs

2.1 Contrôle des délais de livraison

Maintenant que le système d'exploitation des données de l'AEC a été consolidé, le suivi régulier des délais de livraison permettra d'identifier les écarts et de pouvoir thématiser ceux-ci tant avec le SMA, qu'avec les autres fournisseurs.

Néanmoins, les mesures suivantes doivent être prises en 2020, afin d'améliorer la qualité des données :

- Informer les fournisseurs que les délais de livraison doivent obligatoirement être indiqués sur toute proposition de marché, sous peine de non-recevabilité de l'offre. Les délais de livraison indiqués doivent être réalistes et le fournisseur doit pouvoir donner suite à son engagement.
- Rappeler l'importance de la saisie du délai de livraison dans la base de données des commandes d'aides techniques aux agents de l'AEC et de la CNS.
- Analyser si des délais viennent s'ajouter entre l'encodage de la commande de l'aide technique dans la base de données et l'envoi de la commande au fournisseur.

2.2 Spécification des prestations à fournir

Suite au succès des démarches engagées auprès des fournisseurs d'élévateurs d'escaliers (cf. partie C.II.2.3.), l'AEC prévoit de rencontrer d'autres catégories de fournisseurs.

Priorité sera accordée aux entrevues avec les fournisseurs de coques et corsets-sièges. Les devis pour ces aides techniques très spécifiques sont actuellement encore établis sur base du masque standard pour les propositions de marché. De nombreuses questions se posent quant aux différentes techniques de fabrication des coques et corsets-sièges, aux éléments constitutifs indispensables, ainsi qu'aux accessoires proposés. En outre, des différences de prix importantes peuvent être constatées en fonction du fournisseur qui établit la proposition de marché.

D'autres masques de saisie spécifiques sont à créer en 2020 par l'AEC pour les mains-courantes et garde-corps, les filtres de lumière et les sommiers de lit.

En effet, la précision sur les prestations à fournir passe notamment par la mise à disposition de masques de saisie spécifiques aux fournisseurs, en les guidant, voire en les obligeant à décrire très précisément les éléments inclus dans l'offre et à se positionner sur certains points particuliers.

2.3 Organisation de la réception d'aides techniques complexes par les professionnels du terrain

Pour certaines aides techniques complexes, déterminées en collaboration avec le médecin et/ou l'équipe thérapeutique en charge du bénéficiaire, l'AEC envisage de contrôler la qualité du matériel fourni et des prestations liées par l'intermédiaire des professionnels du terrain.

Lors de l'entrevue commune avec les professionnels et le demandeur, le référent AEC décidera si la complexité de l'aide technique requise est telle, qu'une réception par les professionnels en charge du bénéficiaire devra avoir lieu pour contrôler l'adéquation entre l'aide technique livrée et l'aide technique commandée.

La liquidation de la facture ne pourra se faire qu'après la réception de l'aide technique. L'aide technique livrée devra être validée par le professionnel et le paiement final sera ainsi tributaire du respect des engagements pris par le fournisseur dans la proposition de marché.

L'AEC prévoit de mettre en œuvre cette collaboration avec les professionnels du terrain au cours du deuxième semestre 2020.

2.4 Interventions auprès des fournisseurs et contrôles sur site par l'AEC

L'AEC continuera à suivre les irrégularités signalées dans le cadre des enquêtes de satisfaction ou de plaintes pour prestations non-conformes en matière d'aides techniques. Vu que des enquêtes téléphoniques systématiques concernant la fonctionnalité des élévateurs d'escaliers installés seront réalisées auprès des bénéficiaires en 2020, les interventions auprès des fournisseurs et les contrôles sur site par l'AEC seront vraisemblablement plus fréquentes.

Il est à voir dans quelle mesure des contrôles sur site aléatoires par les agents de l'AEC seront matériellement possibles en 2020.

III. ADAPTATIONS DU LOGEMENT

Le contrôle lors des trois grands moments liés aux adaptations du logement constituera la base du suivi de la qualité des adaptations du logement.

1 Contrôle qualité lors de la réception du chantier

Depuis avril 2019, l'ADAPTH enregistre des informations standardisées pour chaque réception de chantier, comme par exemple les problèmes rencontrés, leurs causes, les solutions mises en œuvre.

Ce contrôle de l'adéquation entre l'adaptation du logement réalisée par la société et le cahier des charges établi par l'ADAPTH sera poursuivi. Quelques modifications devront être apportées au recueil des données par l'ADAPTH :

- objectiver l'indication du délai (délai « normal » ou « trop long ») pour la mise en œuvre de l'adaptation, en situant le délai par rapport aux durées moyennes déterminées dans l'analyse de 2019 ;
- préciser les données à recueillir par l'expert de l'ADAPTH concernant la première utilisation de l'adaptation par le bénéficiaire et la durée du chantier, afin d'augmenter la fiabilité des données ;
- documenter, pour des raisons de transparence, lorsque l'ADAPTH assiste le bénéficiaire dans le choix d'une société et indiquer les noms des sociétés transmises au bénéficiaire.

2 Contrôle qualité six mois après la réception du chantier

Depuis juillet 2019, l'AEC utilise pour ce faire l'enquête de satisfaction, en envoyant un questionnaire à chaque bénéficiaire d'une adaptation du logement six mois après la réception du chantier.

Ce suivi de la satisfaction des bénéficiaires sur l'accompagnement de l'ADAPTH, les travaux réalisés par l'entreprise et enfin sur l'impact de l'adaptation du logement dans leur quotidien, via questionnaire auto-administré, sera continué afin de couvrir différents types de chantier et de constituer un suivi sur un nombre plus important de dossiers.

3 Vérification des différents types d'adaptations après plusieurs années d'utilisation

Afin de vérifier la longévité et la fonctionnalité du matériel installé, l'AEC envisage une vérification des différents types d'adaptations du logement après plusieurs années d'utilisation.

Pour 2020, l'AEC a mandaté l'ADAPTH du contrôle d'une trentaine d'adaptations de salles de bains. L'ADAPTH vérifiera la longévité et la fonctionnalité de tous les éléments constituant de la salle de bains, ainsi que leur capacité de répondre aux besoins évolutifs du bénéficiaire. L'ADAPTH a commencé cette analyse en février 2020.

En 2021, l'AEC prévoit d'analyser une trentaine d'adaptations en lien avec la circulation verticale du bénéficiaire (ascenseurs, plateformes élévatrices verticales, plans inclinés).

E. CONCLUSION FINALE

E. CONCLUSION FINALE

Cette conclusion finale ne reprend pas les différents résultats développés tout au long de ce rapport. Le lecteur trouvera à ce sujet des conclusions intermédiaires dans chaque partie et sous partie de ce rapport afin de reprendre les constats relatifs aux différentes thématiques.

Ce premier rapport biennal a permis de dresser un premier état des lieux : c'est la première fois qu'une majorité des données présentées ici sont recueillies au niveau national.

Des pistes d'amélioration ont été identifiées, elles se basent cependant sur des données qui seront encore complétées, notamment par les nouveaux recensements et les contrôles de documentation prévus. Des hypothèses ont commencé à être émises, nécessitant une analyse plus approfondie, soit des données à disposition, soit en prévoyant d'affiner les recensements futurs.

Il conviendra de croiser davantage les données recensées avec les synthèses de prise en charge et les niveaux de dépendance présentés par les personnes dépendantes, ou en regardant les aides techniques qui ont été mises à disposition ou qui devraient l'être, afin de mieux corrélérer les réponses en termes d'adéquation de moyens et de résultats.

Afin de suivre la qualité, motiver des améliorations et vérifier la mise en œuvre des moyens, ce rapport a présenté comment les résultats des indicateurs nationaux, les résultats des réévaluations, le suivi des aidants, le suivi des engagements des fournisseurs d'aides techniques et d'adaptations du logement permettent de mesurer si les moyens mis à disposition via l'ensemble des prestations de l'assurance dépendance sont utilisés afin d'accompagner aux mieux les bénéficiaires dans leur quotidien et de se prononcer de façon indirecte sur l'adéquation des prestations avec les besoins de la personne dépendante.

Ces premières données nationales seront donc complétées et vont pouvoir alimenter les discussions et des réflexions tant au niveau de l'AEC qu'avec toutes ses parties prenantes jusqu'au prochain rapport biennal.

On remarquera par ailleurs que la précision des exigences du législateur lors de la réforme de 2018 en matière de suivi de certains risques, l'obligation d'identifier formellement l'aidant pour mieux le soutenir dans son implication, la formalisation dans un RGD du contenu de la documentation de prise en charge et le lien fait avec des obligations de contrôles des engagements des prestataires et fournisseurs sont autant de moyens qui ont déjà permis d'atteindre leurs objectifs.

En effet, outre les résultats mesurés, les écarts détectés, le cas échéant, ou les actions déjà mises en œuvre, la réforme de 2018 et ses différents règlements d'application ont accéléré une dynamique de progrès et ont déjà aidé à homogénéiser certaines pratiques dans un objectif d'amélioration continue.

L'implication de la COPAS pour soutenir les prestataires dans leurs efforts d'amélioration, en mettant à disposition des supports, modèles et recommandations, démontrent l'implication de chacun.

Les fournisseurs, qui répondent présents aux sollicitations de l'AEC, qui comprennent les enjeux et qui s'engagent, démontrent par là même l'importance des échanges et du travail collaboratif.

Enfin, les collaborations rapprochées avec les partenaires incontournables et parties prenantes de l'AEC telles que son organisme gestionnaire ou les services informatiques du Centre commun de la sécurité sociale ont renforcé les liens pour l'atteinte des objectifs communs.

Pour finir, les bénéficiaires des prestations de l'assurance dépendance, en s'exprimant sur la qualité de certaines prestations, et comme nous avons pu le voir dans ce rapport plus particulièrement dans le domaine des aides techniques et adaptation du logement, confortent les objectifs qui ont été fixés dans le cadre de l'assurance dépendance et les choix qui ont été faits jusqu'à présent. Co-impliquer les bénéficiaires dans l'évolution des démarches et de la qualité en général est un des objectifs qui sera davantage développé dans les années à venir.

Ce rapport permet donc d'ouvrir des perspectives. Il motive de nombreux projets et il n'hésite pas non plus à remettre en cause la façon dont certaines mesures ont été réalisées, afin de les

améliorer.

L'ambition de l'AEC est d'améliorer les points soulevés dans ce rapport mais aussi de mettre en œuvre un certain nombre d'actions correctives et préventives avec les acteurs concernés : les fournisseurs d'aides techniques, les prestataires d'aides et de soins, la COPAS, l'organisme gestionnaire mais aussi les bénéficiaires eux-mêmes et leur entourage.

L'utilisation d'outils modernes comme la plateforme mySecu ouvre la porte à des échanges qui doivent continuer à être facilités, notamment pour recueillir et suivre les indicateurs nationaux.

Ces indicateurs nationaux seront d'ailleurs à prendre en compte et compléteront le rapport d'activité que les prestataires vont devoir fournir à la CNS et qui aura comme objectif d'établir un état des lieux sur l'organisation de la gestion de la qualité telle qu'elle existe à l'heure actuelle chez les différents prestataires.

F. ANNEXES

F. Annexes



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

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

Fiche descriptive de l'indicateur de qualité de la prise en charge art. 7 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017

Définition / objectif de l'indicateur	Cet indicateur, présenté sous la forme d'un taux, indique le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins, ayant chuté sur une année.
Références professionnelles	<p>La cause d'une chute est généralement d'origine multifactorielle. Ses conséquences, tant physiques que psychologiques, peuvent altérer considérablement la qualité de vie d'une personne.</p> <p>Le recueil de l'indicateur est prévu par le législateur dans le RGD 13.12.2017, article 7 et obligatoire pour les prestataires d'aides et soins.</p> <p>Afin de garantir une homogénéisation du recueil de l'indicateur, les prestataires se basent sur la définition de l'OMS :</p> <p>« 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) ».</p> <p>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.</p> <p>* Source : Organisation mondiale de la santé https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls</p>
Diffusion	L'article 384bis - L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.



Type d'indicateur	Mesure de la prévalence des chutes La prévalence, exprimée en %, est une mesure d'un état d'une population, dénombrant le nombre d'événement à un instant donné ou sur une période, multipliant le résultat par 100. Indicateur chutes partie 1 : $\frac{\text{Nombre de chutes sur l'année considérée}}{\text{Total de bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance prises en charge par un prestataire d'aides et soins, l'année considérée}} \times 100$
Population / critères d'inclusion	Toutes les personnes bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance prises en charge par un prestataire d'aides et soins, quel que soit leur âge ou sexe, qu'elles soient dans une structure de long séjour ou à domicile et indépendamment de leurs diagnostics. Les personnes bénéficiant d'une prise en charge pour soins palliatifs sont à inclure dans le recensement.
Critères d'exclusion	Toutes les personnes non bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance et prises en charge par un prestataire d'aides et soins. D'autres critères / personnes cibles à exclure sont : <ul style="list-style-type: none">- les personnes comateuses 24h/7j- Autres exclusion : personne victime d'une chute volontaire par exemple en étant renversée ou poussée brutalement par une autre personne
Modde d'évaluation de l'indicateur	Dans le cadre du recensement de l'indicateur, il est prévu que le recensement se réalise en 2 étapes. Pour la première partie : « la prévalence annuelle des chutes » (en %), le recensement aura lieu de façon annuelle avec une approche rétroactive. La deuxième partie de l'indicateur à savoir : « le nombre de personnes ayant fait une chute après avoir déjà chuté précédemment », sera abordée dans un second temps. Les prestataires recevront donc les informations liées au comptage des chutes en 2 temps. Le premier recensement aura lieu en 2020, pour l'année 2019. Le recensement de la 2ième partie de l'indicateur aura lieu en 2021. L'indicateur est recensé par le prestataire selon les dates communiquées par l'AEC. Le prestataire « principal » doit recenser l'indicateur et le cas échéant le sous-traitant doit fournir les informations au prestataire principal.



	Les chiffres de l'indicateur sont intégrés par le prestataire dans une grille de recensement mis à disposition par l'AEC.
--	---



Beschreibung des Qualitätsindikators für die Pflege laut Artikel 7 der großherzoglichen Verordnung vom 13. Dezember 2017	
Definition / Ziel des Indikators	Dieser Indikator, der prozentual dargestellt wird, spiegelt den Prozentsatz der pflegebedürftigen Personen, die vom Pflegedienstleister betreut werden und über den Zeitraum von einem Jahr gestürzt sind.
Fachliche Referenz	<p>Die Ursache für einen Sturz ist generell von mehreren Faktoren abhängig. Die Folgen eines Sturzes können die Lebensqualität einer Person, physisch sowie psychologisch, erheblich beeinträchtigen.</p> <p>Die Erhebung dieses Indikators ist vom Gesetzgeber in der großherzoglichen Verordnung vom 13.12.2017, Artikel 7, vorgeschrieben und für alle Pflegedienstleister obligatorisch.</p> <p>Um eine einheitliche Erfassung des Indikators zu gewährleisten, wird für alle Pflegedienstleister die Definition der WHO zugrunde gelegt:</p> <p><i>« Ein Sturz ist ein Ereignis, bei dem der betroffene unbeabsichtigt auf den Boden oder auf einer anderen tieferen Ebene aufkommt. » (*WHO,1992/2007)</i></p> <p>Die Unterstützung sowie schützende Positionierung einer Person, die das Gleichgewicht verliert, durch eine Pflegeperson, Betreuer oder Drittpersoneneinen, wird nicht als Sturz gewertet.</p> <p>* Quelle: World Health Organization https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls</p>
Publikation	Artikel 384bis – Die Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung (AEC) erstellt alle 2 Jahre einen Bericht über die durchgeführten Kontrollen, der dem Verwaltungsrat, der Gesundheitskasse, dem für soziale Sicherheit und Gesundheit zuständigen Ministern sowie den nach den Rechtsvorschriften über die Beziehungen zwischen dem Staat und den im Sozial-, Familien- und Therapiebereich tätigen Einrichtungen zuständigen Ministern übermittelt wird.



Indikator Typ	Erhebung der Sturzhäufigkeit (Prävalenz) Die Prävalenz, prozentual (%) ausgedrückt, ist eine Messung über einen IST-Zustand einer bestimmten Population, indem Sie die Anzahl der Ereignisse zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über eine Periode zählt und das Ergebnis mit 100 multipliziert. Indikator 1 Sturzhäufigkeit: $\frac{\text{Anzahl der Stürze im Laufe des Erhebungsjahres}}{\text{Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen, die im Laufe des Erhebungsjahres Leistungen der Pflegeversicherung von einem Pflegedienstleister erhalten}} \times 100$
Zielgruppe	Alle pflegebedürftigen Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung von einem Pflegedienstleister erhalten, unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht, ob sie sich in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause befinden und unabhängig von ihrer medizinischen Diagnose. Personen, die Palliativpflege erhalten betreut werden, werden in die Erhebung mit einbezogen.
Ausschlusskriterien	Alle Personen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten aber von einem Pflegedienstleister betreut werden. Weitere Ausschlusskriterien sind zu berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none">- Komatöse Personen, die sich 24 /24 Stunden und 7 Tage die Woche im Koma befinden- Personen, die einen beabsichtigten Sturz provozieren oder erleiden, z.B. durch Niederwerfen oder durch eine andere Person gestoßen werden.



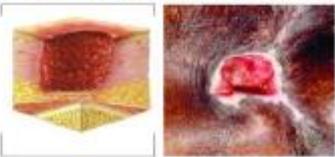
Messverfahren/ Frequenz	<p>Die Erhebung des Indikators wird in 2 Etappen durchgeführt.</p> <p>Etappe 1: "die jährliche Häufigkeit (Prävalenz) der Stürze" (in %), wird die Erhebung jährlich retroaktiv (N-1) durchgeführt.</p> <p>Etappe 2: "die Anzahl der Menschen, die gestürzt sind, nachdem sie zuvor bereits gestürzt sind", wird in einer weiteren zweiten Etappe erhoben. Daher erhalten alle Pflegedienstleister Informationen in zwei Zeitabschnitten zur Sturzerfassung.</p> <p>Die erste Erhebung findet 2020 statt und bezieht sich auf das Jahr 2019.</p> <p>Die Erhebung der zweiten Etappe findet 2021 statt.</p> <p>Der Indikator wird vom Pflegedienstleister an den von der AEC mitgeteilten Daten erhoben.</p> <p>Der „Haupt“-Pflegedienstleister muss die Sturzhäufigkeit ermitteln und/oder der Subunternehmer muss ggf. die Informationen dem „Haupt“-Pflegedienstleister zur Verfügung stellen.</p> <p>Die erhobenen Zahlen werden vom Pflegedienstleister in einen von der AEC zur Verfügung gestellten Erhebungsformular festgehalten.</p>
--------------------------------	---



Fiche descriptive de l'indicateur de qualité de la prise en charge art. 5 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2017

Définition / objectif de l'indicateur	<p>Cet indicateur, indique le pourcentage de personnes dépendantes prises en charge par le prestataire d'aides et de soins présentant une escarre, en différenciant selon les divers stades d'escarres. (1-4), le jour du recensement.</p> <p>Parmi les personnes dépendantes présentant une escarre, une distinction est opérée entre les escarres développées au cours de la prise en charge par le prestataire d'aides et de soins et celles développées lors d'une période de prise en charge par un autre prestataire d'aides ou de soins ou dans un établissement visé par la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.</p>
Références professionnelles	<p>L'escarre, qui altère la qualité de vie, peut provoquer une gêne douloureuse accompagnée d'une souffrance morale et physique et une limitation des capacités fonctionnelles.</p> <p>Le recueil de l'indicateur est prévu par le législateur dans le RGD 13.12.2017, article 5 et obligatoire pour les prestataires d'aides et soins.</p> <p>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. » (publication 2009 – 2e édition 2014) »</p> <p>Catégorie/Stade I : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas sur une peau saine</p> <p>Peau intacte avec un érythème qui ne blanchit pas à la pression, généralement situé au niveau d'une proéminence osseuse. Pour les peaux à pigmentation foncée, le blanchiment pourrait ne pas être visible. Description supplémentaire : la zone peut être douloureuse, dure, molle, plus chaude ou plus froide par rapport aux tissus adjacents. Il est possible que chez les sujets à peau foncée, la Catégorie/Stade I soit difficile à détecter. Ces personnes devraient être identifiées comme étant "à risque".</p>   <p>Catégorie/Stade II : Atteinte partielle de la peau ou phlyctène</p> <p>Perte tissulaire partielle du derme qui se présente sous la forme d'une ulcération ouverte peu profonde avec un lit de plaie rouge/rosé, sans fibrine. Elle peut également se présenter comme une phlyctène fermée ou ouverte, remplie d'un liquide séreux clair ou séro-sanguinolent. Description supplémentaire : Elle se présente comme une ulcération brillante ou sèche, superficielle, sans fibrine ni ecchymose. Cette catégorie/stade ne devrait pas être utilisée pour décrire les dermabrasions, brûlures, dermatites associées à l'incontinence, la macération ou les excoriations.</p>  



	<p>Catégorie/Stade III : Perte complète de tissu cutané (tissu graisseux visible) Perte complète de tissu cutané. Le tissu adipeux de l'hypoderme peut être visible, mais l'os, les tendons ou les muscles ne sont pas exposés. Il peut y avoir la présence de fibrine. Elle peut inclure du sous-minage ou des tunnélisations.</p> <p>Description supplémentaire : La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade III dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade III peuvent être superficielles. Par contraste, les zones avec un tissu adipeux important peuvent développer des escarres de Catégorie/Stade III extrêmement profondes. L'os et les tendons ne sont pas visibles ou directement palpables</p>  <p>Catégorie/Stade IV : Perte tissulaire complète (muscle/os visible) Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. De la fibrine ou de la nécrose peuvent être présentes. Souvent, elle présente des sous-minages et tunnélisations. Description supplémentaire : La profondeur de l'escarre de Catégorie/Stade IV dépend de sa localisation anatomique. Pour les ailes du nez, l'oreille, l'occiput et la malléole qui sont dépourvus de tissus sous-cutanés (adipeux), les escarres de Catégorie/Stade IV peuvent être superficielles. L'escarre de Catégorie/Stade IV peut s'étendre au muscle et/ou aux structures de soutien (comme le fascia, les tendons ou les capsules articulaires) ce qui rend la survenue d'une ostéomyélite</p>  <p>* National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP) (http://www.epuap.org/ et https://npuap.org)</p> <p style="text-align: right;">© NPUAP/EPUAP/PPPIA</p>
Diffusion	L'article 384bis - L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit un rapport biennal relatif aux contrôles effectués, qu'elle transmet au conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, aux ministres ayant la Sécurité sociale et la Santé dans leurs attributions et aux ministres compétents en vertu de la législation réglant les relations entre l'État et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.
Type d'indicateur 1	Cet indicateur vise à recenser le pourcentage de bénéficiaires des prestations assurance dépendance pris en charge par le prestataire d'aides et de soins ayant une escarre, selon le type d'escarre, le jour du recensement. Le formulaire de recensement présente les différents types de données à fournir afin de calculer ce pourcentage.



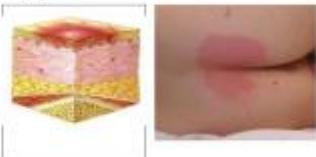
Type d'indicateur 2	<p>Cet indicateur vise à recenser le pourcentage de bénéficiaires des prestations assurance dépendance pris en charge par le prestataire d'aides et de soins ayant une escarre, selon sa provenance, le jour du recensement.</p> <p>On parlera alors d'une escarre liée à la prise en charge par le prestataire ou non liée à ladite prise en charge.</p> <p>Le formulaire de recensement présente les différents types de données à fournir afin de calculer ce pourcentage.</p>
Escarres liées à la prise en charge Escarres non liées à la prise en charge	<p>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 alors que la prise charge était assurée par le prestataire en charge du recensement.</p> <p>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.</p> <p>Il peut s'agir par exemple d'une personne qui était prise en charge par un autre prestataire, dans un autre lieu de vie.</p> <p>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, après l'hospitalisation, une escarre.</p> <p>Cela peut être également une personne dépendante qui sort d'hospitalisation, qui présente une escarre, et pour laquelle le prestataire commence à intervenir.</p> <p>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.</p> <p>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, al.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.</p> <p>En effet, il est important pour le prestataire de mentionner lors du transfert de la personne dépendante vers un établissement hospitalier ou vers un autre prestataire, si celle-ci présentait des escarres. « 5° le résumé soignant détaillant l'état de santé de la personne dépendante au moment du transfert, les aides et soins effectivement fournis par le prestataire d'aides et de soins au moment du transfert, ainsi que, le cas échéant, la présence d'escarres mesurées dans le cadre du suivi des indicateurs nationaux visés au chapitre 2 du présent règlement grand-ducal ; »</p> <p>Si la prise en charge est continuée après un autre type de prise en charge, le prestataire prendra soin d'évaluer l'état cutané au retour de cette prise en charge afin de renseigner les changements éventuels avec développement, le cas échéant, d'une escarre non présente avant le transfert.</p>
Population / critères d'inclusion	<p>Toutes les personnes bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance prises en charge par un prestataire d'aides et soins, quel que soit leur âge ou sexe, qu'elles soient dans une structure de long séjour ou à domicile et indépendamment de leurs diagnostics, le jour du recensement (c'est-à-dire entre 00 :00 à 23 :59).</p> <p>Les personnes bénéficiant d'une prise en charge pour soins palliatifs sont à inclure dans le recensement.</p>



Critères d'exclusion	Toutes les personnes non bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance.
Mode d'évaluation de l'indicateur	<p>L'indicateur est recensé par le prestataire à un jour précis selon les dates communiquées par l'AEC et selon les fréquences définies.</p> <p>Dans le cadre du recensement de l'indicateur, il est prévu de réaliser, dans une première étape en 2020, un recensement semestriel.</p> <p>Le prestataire « principal » doit recenser les escarres de la population prise en charge et/ou le cas échéant le sous-traitant doit fournir les informations au prestataire principal.</p> <p>Une case commentaire permet au prestataire de fournir des informations complémentaires le cas échéant.</p> <p>Les chiffres de l'indicateur sont intégrés par le prestataire dans une grille de recensement mis à disposition par l'AEC.</p>



Beschreibung des Qualitätsindikators für die Pflege laut Artikel 5 der großherzoglichen Verordnung vom 13. Dezember 2017

Definition / Ziel des Indikators	<p>Dieser Indikator definiert den Prozentsatz der pflegebedürftigen Personen, deren Dekubitus vom Pflegedienstleister behandelt wird. Am Tag der Erhebung wird zwischen den verschiedenen erhobenen Stadien des Dekubitus (1-4) unterschieden.</p> <p>Bei den pflegebedürftigen Personen mit bestehendem Dekubitus wird ebenso unterschieden, ob dieser sich entweder beim aktuellen oder bei einem anderen Pflegedienstleister bzw. in einer Einrichtung entwickelte, die unter das abgeänderte Gesetz vom 28. August 1998 über Krankenhäuser fällt.</p>
Fachliche Referenz	<p>Ein Dekubitus kann die Lebensqualität beeinträchtigen und zu schmerzhaften Beschwerden führen, die von psychischen und körperlichen Leiden und einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit begleitet werden.</p> <p>Die Erfassung des Indikators ist vom Gesetzgeber in der großherzoglichen Verordnung vom 13.12.2017, Artikel 5, vorgeschrieben und für alle Pflegedienstleister obligatorisch.</p> <p>Um eine einheitliche Erfassung des Indikators zu gewährleisten, wird für alle Pflegedienstleister die internationale NPUAP-EPUAP-Definition für den Dekubitus zugrunde gelegt: <i>"Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkraften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären"</i> (Veröffentlichung 2009 - 2. Auflage 2014)*.</p> <p>Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbare Rötung</p> <p>Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblässen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.</p>  <p>Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut</p> <p>Teilerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewerbezerreibungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. * Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.</p> 



	<p>Kategorie/Stadium III: Verlust der Haut</p> <p>Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht in die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierung vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.</p>  <p>Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Haut oder Gewebeverlust</p> <p>Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Faszien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.</p>  <p>* National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (EPUAP) (http://www.epuap.org/ et https://npuap.org) © NPUAP/EPUAP/PPPIA</p>
Publikation	Artikel 384bis – Die Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung (AEC) erstellt alle 2 Jahre einen Bericht über die durchgeführten Kontrollen, der dem Verwaltungsrat der Gesundheitskasse, dem für soziale Sicherheit und Gesundheit zuständigen Minister, sowie den nach den Rechtsvorschriften über die Beziehungen zwischen dem Staat und den im Sozial-, Familien- und Therapiebereich tätigen Einrichtungen zuständigen Ministern übermittelt wird.
Typ 1 Indikator	Der zu erhebende Typ 1 Indikator, berechnet den Prozentsatz der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, mit einem bestehenden Dekubitus, die vom Pflegedienstleister, am Tag der Erhebung betreut werden. Das Erhebungsformular enthält verschiedene Daten und Formeln, nach denen der Prozentsatz ermittelt werden kann.



Typ 2 Indikator	<p>Der zu erhebende Typ 2 Indikator berechnet den Prozentsatz der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, mit einem bestehenden Dekubitus, nach seiner Herkunft, am Tag der Erhebung.</p> <p>Es handelt sich um einen Dekubitus, der durch die Betreuung des aktuellen Pflegedienstleisters oder außerhalb dessen Einflussbereiches entstanden ist.</p> <p>Das Erhebungsformular enthält verschiedene Daten und Formeln, nach denen der Prozentsatz ermittelt werden kann.</p>
Betreuungsrelevanter Dekubitus Nicht betreuungsrelevanter Dekubitus	<p><u>Der betreuungsrelevante Dekubitus</u> ist ein Dekubitus, der sich während der Betreuung der pflegebedürftigen Person durch den Pflegedienstleister gebildet und entwickelt hat.</p> <p><u>Der nicht betreuungsrelevante Dekubitus</u> ist ein Dekubitus, der vor der Betreuung der pflegebedürftigen Person durch den Pflegedienstleister, zum Zeitpunkt der Erhebung, erworben wurde.</p> <p>So kann es sich beispielsweise um eine Person handeln, die von einem anderen Pflegedienstleister an einem anderen Ort betreut wurde.</p> <p>Es kann sich auch um eine pflegebedürftige Person handeln, die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt zum ihrem Pflegedienstleister zurückkehrt und im Anschluss einen Dekubitus aufweist.</p> <p>Es kann sich außerdem um eine pflegebedürftige Person handeln, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Dekubitus aufweist und der dann erstmalig von einem Pflegedienstleister behandelt wird.</p> <p>Der bereits während der Betreuung vorhandene Dekubitus, der sich nach der Betreuung durch einen anderen Pflegedienstleister verschlechtert hat, wird in der Entstehung im Zusammenhang mit der Betreuung durch den ersten Pflegedienstleister erhoben.</p> <p>Diese Differenzierungen ermöglichen es, den Zusammenhang mit den Informationen herzustellen, die auf dem Überleitungsbogen, nach Artikel 4, Absatz 5 der großherzoglichen Verordnung vom 13. Dezember 2017 betreffend den Inhalt der Pflegedokumentation und die Qualitätsindikatoren der Pflege, enthalten sind.</p> <p>Tatsächlich ist es für den Pflegedienstleister wichtig, bei der Verlegung der pflegebedürftigen Person in ein Krankenhaus oder zu einem anderen Pflegedienstleister anzugeben, ob sie einen oder mehrere Dekubitalucera hatte. ⁽⁵⁾ Die pflegerische Zusammenfassung umfasst den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person zum Zeitpunkt der Verlegung, die vom Pflegedienstleister zum Zeitpunkt der Verlegung tatsächlich bereitgestellten Hilfsmittel und Pflegemaßnahmen, sowie gegebenenfalls das Vorhandensein von einem oder mehreren Dekubitalucera, die im Rahmen der Überwachung der in Kapitel 2 dieser großherzoglichen Verordnung genannten nationalen Indikatoren gemessen wurden.</p> <p>Wird die Betreuung durch eine weitere Art der Betreuung ergänzt, beurteilt der Pflegedienstleister den Hautzustand nach Rückkehr aus dieser Betreuung, um etwaige Veränderungen im Zusammenhang mit der Entstehung des Dekubitus, der vor der Verlegung nicht vorhanden war, festzuhalten.</p>



Zielgruppe	<p>Alle pflegebedürftigen Personen, die am Tag der Erhebung (00:00 bis 23:59 Uhr), Leistungen der Pflegeversicherung von einem Pflegedienstleister erhalten, unabhängig von ihrem Alter und Geschlecht, ob sie sich in einer Pflegeeinrichtung oder zu Hause befinden und unabhängig von ihren medizinischen Diagnosen.</p> <p>Personen, die Palliativpflege erhalten, sollen in die Erhebung einbezogen werden.</p>
Ausschlusskriterien	<p>Alle Personen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.</p>
Messverfahren / Frequenz	<p>Der Indikator wird vom Pflegedienstleister an einem bestimmten Tag, nach den von der AEC mitgeteilten Daten und den definierten Intervallen, erhoben.</p> <p>Im Rahmen der Erhebung des Indikators ist vorgesehen, in einer ersten Etappe für das Jahr 2020 eine halbjährliche Erhebung durchzuführen.</p> <p>Der "Haupt"-Pflegedienstleister muss die Dekubitalucera der behandelten Personen ermitteln und/oder der Subunternehmer muss ggf. die Informationen dem „Haupt“-Pflegedienstleister zur Verfügung stellen.</p> <p>Ein Kommentarfeld ermöglicht es dem Pflegedienstleister, bei Bedarf, zusätzliche Informationen zu vermerken.</p> <p>Die erhobenen Zahlen werden vom Pflegedienstleister in einen von der AEC zur Verfügung gestellten Erhebungsformular festgehalten.</p>

Remerciements

L'AEC remercie l'ensemble des personnes ayant participé aux différents groupes de travail. Ces deux groupes ont fusionné en phase de validation et organisation du recensement.

Ces groupes étaient à géométrie variable en fonction des thématiques abordées et des disponibilités des différents intervenants.

Groupe de travail « Escarres »

Mme EWERARD Martine, COPAS Mme MUCK Laura, COPAS

Mme LAUER Brigitte, Doheem versuergt

M. FIORUCCI Luc, Doheem versuergt M SCHIRRA René, Tricentenaire

M. BRACKER Holger, Zitha Senior

Tom STREICHER, Chargé de mission qualité, AEC

Jennifer OLIVAREZ, Responsable unité qualité et contrôle, AEC

Coordination administrative: Joëlle GERARDY, Assistante administrative, AEC

Groupe de travail « Chutes »

Mme EWERARD Martine, chargée de missions Prestations COPASS Mme MUCK Laura, COPAS

Mme CAUDMONT Caroline, Doheem versuergt Mme NOEL Patricia, Tricentenaire

Mme LAUER Beate, Doheem versuergt

M. BRACKER Holger, Zitha Senior

Tom STREICHER, chargé de mission qualité AEC

Jennifer OLIVAREZ, Responsable unité qualité et contrôle, AEC

Coordination administrative: Joëlle GERARDY, Assistante administrative, AEC

Auteurs du rapport au sein de l'AEC/contributions aux résultats

Pour la partie aides techniques et adaptation du logement : Christiane ROLLINGER, Conseiller en matière d'aides techniques et adaptations du logement

Soutenue par :

L'ADAPTH, pour la fourniture de données liées aux réceptions de chantier ;

Jeff FRITSCH, Référent infirmier, dans le suivi des installations non-conformes d'élévateurs d'escaliers ;

Le service informatique et secrétariat de l'AEC dans la gestion des enquêtes de satisfaction : outil géré dans une application spécifique, gestion/envoi des questionnaires et encodage ;

Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur, pour l'encodage des enquêtes logement et des fiches de réception technique des élévateurs d'escaliers.

Pour la partie Aides et soins :

Jennifer OLIVAREZ, Responsable de l'unité qualité et contrôle avec les contributions de :

Tom STREICHER, chargé de mission qualité, infirmier gradué Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité

Dr Liliane FELLER, Référent médical

Dr Jacques LÜCK, Médecin-directeur adjoint

Mise en page, corrections

Joëlle GERARDY, Agent administratif de l'Unité qualité et contrôle, Inspecteur

Sabrina NOTHAR, Assistante de Direction, Rédacteur principal

Equipe mySecu :

Jennifer OLIVAREZ, chef de projet métier

Pour le soutien aux prestataires et la détermination des démarches envoyées par les prestataires :

Tom STREICHER en charge de la coordination métier, Référent infirmier

Marco HOFFMANN, Référent infirmier psychiatrique Dr Liliane FELLER, Référent médical

Monique REULAND, Référent infirmier

Responsable du traitement des données, DataWarehouse (DWH) de l'AEC

Leila DERNOUSS, Coordinatrice qualité