

COÛT DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE ÂGÉE

**Analyse comparative des alternatives
institutionnelles et domiciliaires :
incidences financières individuelles
et collectives**

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Contexte	7
Objectifs	10

RAPPORT DE L'ÉTUDE

1. Approche théorique	14
1. Le domicile	15
1.1. Financement du volet sanitaire à domicile	17
1.1.1. Les soins infirmiers	17
A. Les prestations	18
B. Honoraires, prix et remboursements	20
C. Le mode de facturation	21
1.1.2. Les soins de kinésithérapie	22
A. Classification des pathologies	22
B. Honoraires, prix et remboursements	23
1.1.3. Les soins de logopédie	24
1.1.4. Les soins médicaux	26
1.1.5. Les frais pharmaceutiques	27
1.1.6. Les soins de pédicurie	28
1.1.7. Les soins esthétiques	28
1.1.8. Les aides pour les activités de la vie journalière	29
A. L'aide familiale ou l'aide sénior	29
B. l'aide ménagère via les titres-services	30
C. La garde à domicile	32
1.1.9. L'incontinence	32
1.2. Financement du volet hôtelier à domicile	33
1.2.1. Les coûts liés au logement	33
A. Le logement	33
B. Les charges	35
1.2.2. Les repas	36
1.2.3. La sécurité	36
1.2.4. Le matériel	37
2. La maison de repos pour personne âgée et la maison de repos et de soins	38
2.1. Le financement du volet sanitaire en MRPA/MRS	40
2.1.1. Le secteur des maisons de repos et maisons de repos et de soins	40
A. Définitions	40
B. Le financement	41
2.1.2. Les soins infirmiers	44
2.1.3. Les soins de kinésithérapie	45
2.1.4. Les prestations paramédicales	46

2.1.5. Les soins médicaux	47
2.1.6. Les frais pharmaceutiques	47
2.1.7. Les soins de pédicurie	48
2.1.8. Les soins esthétiques	48
2.1.9. Les actes de la vie quotidienne	48
2.1.10. Le matériel d'incontinence	49
2.2. Le volet hôtelier en MRPA/MRS	50
2.2.1. L'hébergement	50
2.2.2. Les repas	51
2.2.3. Les tâches ménagères	52
2.2.4. Le matériel	53
2.2.5. La sécurité	53
3. La résidence-services	54
A. Définition	54
B. Le financement	55
3.1. Financement du volet sanitaire en résidence-services	56
3.1.1. Les soins infirmiers	56
3.1.2. Les soins de kinésithérapie	56
3.1.3. Les soins médicaux	56
3.1.4. Les frais pharmaceutiques	56
3.1.5. Les soins de pédicurie et les soins esthétiques	56
3.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière	56
3.2. Financement du volet hôtelier en résidence-services	57
3.2.1. Les coûts liés au logement	57
A. Le loyer	57
B. Les charges locatives	57
3.2.2. Les repas	58
3.2.3. La sécurité	58
3.2.4. Le matériel	58
4. Le centre d'accueil et le centre de soins de jour	59
4.1. Financement du volet sanitaire en centre d'accueil et centre de soins de jour	60
4.1.1. Définition	60
4.1.2. Les soins infirmiers	61
4.1.3. Les soins de kinésithérapie	61
4.1.4. Les soins médicaux	62
4.1.5. Les frais pharmaceutiques	62
4.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière	62
4.1.7. Le matériel d'incontinence	62
4.2. Financement du volet hôtelier en centre d'accueil et centre de soins de jour	63
4.2.1. Les coûts liés à la fréquentation du centre d'accueil de jour ou du centre de soins de jour	63
4.2.2. Les repas	63
4.2.3. La sécurité	63
4.2.4. Le matériel	63
5. Le « maximum à facturer »	64

2. Outil d'analyse des coûts	65
1. Paramètres de l'outil	67
2. Synthèse des coûts	70
2.1. Les coûts hôteliers	70
2.1.1. Les coûts liés au logement	70
2.1.2. Les coûts liés aux repas et aux denrées alimentaires	71
2.1.3. Le coût lié au service téléassistance	72
2.1.4. Le coût lié à la location de matériel adapté	72
2.2. Les coûts sanitaires	73
2.2.1. Les coûts liés aux soins infirmiers à domicile et en résidence-services	73
2.2.2. Le coût de la norme institutionnelle	74
2.2.3. Les coûts liés à la kinésithérapie	76
2.2.4. Les coûts liés aux soins médicaux	77
2.2.5. Les frais pharmaceutiques	77
2.2.6. Les coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique	78
2.2.7. Les coûts liés à l'aide familiale à domicile	78
2.2.8. Les coûts liés à l'aide ménagère	79
2.2.9. Les coûts liés à la garde de nuit	80
2.2.10. Les coûts liés à l'incontinence	80
2.2.11. Le coût lié à la fréquentation d'un centre de jour	81
A. Le centre d'accueil de jour	81
B. Le centre de soins de jour	81
2.2.12. Le « Maximum à facturer »	82
2.3. Coûts exclus de l'étude	83
3. Analyse des coûts	85
1.1. Analyse du coût mensuel à charge de la personne âgée	88
1.2. Analyse du coût mensuel à charge de la région	90
1.3. Analyse du coût mensuel à charge du fédéral	92
1.4. Analyse du coût mensuel à charge de la collectivité	93
Conclusions	95

ANNEXES

A. L'ancienneté moyenne	99
B. Le coût salarial par qualification	99
C. La couverture en MRPA et MRS: calcul de la partie A1	100
D. Le financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA	101
E. La couverture en MRPA et MRS : incidence de la partie A2	102
F. La couverture en MRPA et MRS : calcul de la partie A3	103
G. La couverture en MRPA et MRS: le troisième volet	103
H. Couverture en MRPA et MRS: les mesures de fin de carrière	103

TABLES

Table des matières des graphes	107
Tables des matières des tableaux	108
Légende des pictogrammes	111

LISTE DES ABBREVIATIONS

A.S.	Aide-soignant
A.V.Q.	Aide à la vie quotidienne
B.I.M.	Bénéficiaire d'intervention majorée
C.A.J.	Centre d'accueil de jour
COCOF	Commission Communautaire Française
COCOM	Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale
C.P.A.S.	Centre Public d'Action Sociale
C.S.J.	Centre de soins de jour
D.M.G.	Dossier médical global
I.S.P.	Institut Santé Publique
K.C.E.	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
K.E.L.	Kinésithérapeute – Ergothérapeute - Logopède
M.M.S.E.	Mini-Mental State Examination
M.R.P.A.	Maison de repos pour personnes âgées
M.R.S.	Maison de repos et de soins
O.A.	Organisme Assureur
P.A.	Personne âgée
P.M.I.	Préparation de médication individuelle
P.O.	Pouvoir Organisateur
P.R.R.	Personnel de réactivation/rééducation/réintégration sociale
R.S.	Résidence-services
R.T.T.	Réduction de temps de travail
T.M.	Ticket Modérateur

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE



DEC 2016

CONTEXTE

FÉDÉRAL >> RÉGIONS

transfert
de compétences

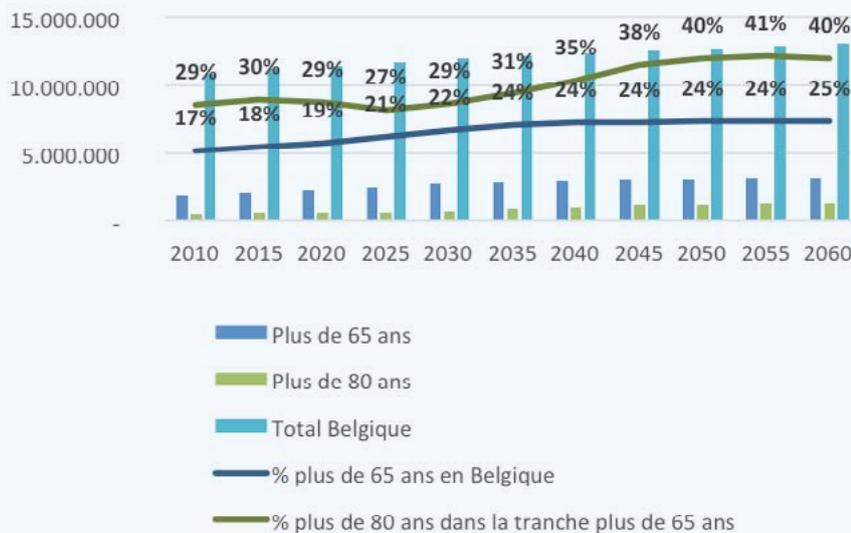


L'avenir démographique représente un défi majeur. Selon le rapport 2010 sur la démographie de la Commission Européenne¹, les Européens vivent plus longtemps et en meilleure santé. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans augmente de plus de 2 millions chaque année au sein de l'Union et l'espérance de vie s'allonge au rythme de 2 à 3 mois par an.

En Belgique, selon les projections du Bureau du Plan, la population totale évoluera de 10.839.905 personnes au 1er janvier 2010 à 13.093.781 en 2060, soit une hausse de 25%². Jusqu'en 2035, la part de personnes âgées de plus de 65 ans va croître de façon significative (de 17 à 24%). Cette augmentation correspond

à l'arrivée à l'âge de la pension des générations nombreuses nées à partir de 1946. Dans ce groupe, la proportion de 80 et plus va fortement évoluer entre 2035 et 2050 : elle passera de 31 à 40%. En 2050, le nombre de centenaires devrait avoir quintuplé : on en attend 8.331³.

Graphe 1 : Evolution démographique des personnes de plus de 65 ans et 80 ans



Source : Statbel.fgov

Dans ce contexte, la prise en charge du vieillissement constitue un enjeu de taille pour l'ensemble des pays dotés d'un système de protection sociale. Comme le souligne le KCE « *Hormis un changement radical dans la prévalence des incapacités liées à l'âge, cette ten-*

dance démographique induira une augmentation proportionnelle du nombre de personnes âgées devant bénéficier d'une aide dans leurs activités quotidiennes que ce soit à leur domicile ou dans les institutions de soins résidentielles⁴ ».

¹ Eurostat « Démography report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans », European Commission

² Bureau Fédéral du Plan et direction générale Statistique et information économique – Bruxelles, décembre 2011 - Perspectives de population 2010-2060 – www.Plan.be et www.statbel.fgov.be

³ <http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/centenaires> au 1er janvier par année 1990-2010 par sexe et par region.jsp

⁴ KCE, Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025, Reports 167b, health services research

En Belgique, la réflexion relative au défi du vieillissement s'est complexifiée avec la sixième réforme de l'Etat. Cette réforme, qui se concrétise par le transfert de compétences du Fédéral vers les Régions et les Communautés, a pour conséquence un **« morcellement financier » des secteurs de l'accompagnement et des soins de la personne âgée**. Concrètement, alors que **le financement des institutions de soins (MRPA/MRS/CSJ) est une compétence régionale depuis le 1er juillet 2014, le financement des soins à domicile** reste une compétence **fédérale**.

La pression financière liée à l'accroissement des dépenses de l'assurance maladie-invalidité, les difficultés d'objectiver la charge de travail liée au degré de dépendance et la volonté de garantir l'accès à des soins de qualité à tous (indépendamment des revenus personnels) conduisent inévitablement à réfléchir à la coordination des intervenants sociaux et médicaux à domicile, à la prise en charge par le milieu familial, à l'adaptation de l'habitat, à l'accueil en institution,...

En Région Wallonne, la note de politique générale du gouvernement pour 2014-2019⁵ prévoit *« de réserver prioritairement les maisons de repos et les maisons de repos et de soins aux personnes les plus dépendantes et concentrer son action sur l'amélioration de la prise en charge à domicile et des formules intermédiaires telles que les centres de court séjour et les centres de soins de jour afin de favoriser les services de proximité »*. Cette note part également du postulat que : *« Le séjour en maison de repos est souvent plus coûteux pour la collectivité et le bénéficiaire qu'un accompagnement adapté à domicile »*. A Bruxelles, la priorité est également de développer le maintien à domicile des personnes âgées.⁶

Cette politique de maintien à domicile s'inscrit, entre autre, dans une volonté de respecter le choix de nos aînés de rester le plus longtemps

possible chez eux. Il convient toutefois de garder à l'esprit les multiples évolutions qui peuvent faire obstacles à ce maintien.

Sans être exhaustif, citons :

- L'augmentation de l'espérance de vie qui inscrit dans son sillage les risques de dépendances (Selon les statistiques de l'OMS, l'espérance de vie en bonne santé du Belge atteignait, en 2015, 71,1 ans⁷),
- L'évolution des maladies aiguës vers des maladies chroniques avec toutes les difficultés de prise en charge sur le long terme,
- Les pathologies de type « démence » et les difficultés qu'elles peuvent générer dans la prise en charge,
- La modification de la structure architecturale des habitations (type « mono familial » générant des espaces et un nombre de chambres plus réduits),
- La modification des habitudes de vie économique (travail des 2 membres du couple),
- La notion de « conflit générationnel » et la perte du rôle des « aînés » au sein de la famille,
- L'évolution du couple avec la croissance « statistique » des divorces et des familles monoparentales,
- L'isolement social,
- Le coût du logement,
- La paupérisation (plus marquée dans les grandes villes) et l'augmentation de l'écart entre les échelles socio-économiques,
- ...

Dans ce contexte démographique, financier, politique et sociétal, une réflexion transversale relative aux coûts collectifs (Fédéral et/ou régional) et individuels est particulièrement d'actualité. Dans cette étude, Probis+ et Femarbel ont objectivé les coûts sanitaires et hôteliers liés à la perte d'autonomie et/ou d'indépendance d'une personne âgée, qu'elle soit au domicile, en maison de repos ou maison de repos et de soins ou en résidence-services.

⁵ Déclaration de politique générale « Oser, innover, rassembler »

⁶ Déclaration de politique générale de la Commission Communautaire Commune du 16 octobre 2014

⁷ Statistiques annuelles de l'OMS, publication de mai 2016, chiffres 2015.

OBJECTIFS



L'étude a pour ambition de répondre aux questionnements suivants :

- Quelles sont les principaux lieux de vie et services à disposition de la personne âgée ?
- Quels sont les mécanismes de financement des soins et des aides aux actes de la vie quotidienne à domicile et en institution ?
- Quel est le coût du maintien à domicile ou de l'institutionnalisation pour la personne âgée isolée ? Comment ce coût évolue-t-il avec la perte d'autonomie et / ou d'indépendance ?
- Quel est le coût du maintien à domicile ou de l'institutionnalisation pour la collectivité ? Quelles parts respectives pour les financements fédéraux, régionaux et communautaires ?

Il est à noter que l'étude se limite à **poser des constats d'ordre économique** pour la personne âgée et pour la collectivité. Elle ne présume en rien de la qualité des soins et de l'accompagnement d'un contexte par rapport à un autre ou de la liberté individuelle d'opter pour le lieu de vie de son choix.

Cette étude est basée sur les données disponibles et mises à jour au 31 décembre 2016.

RAPPORT DE L'ÉTUDE



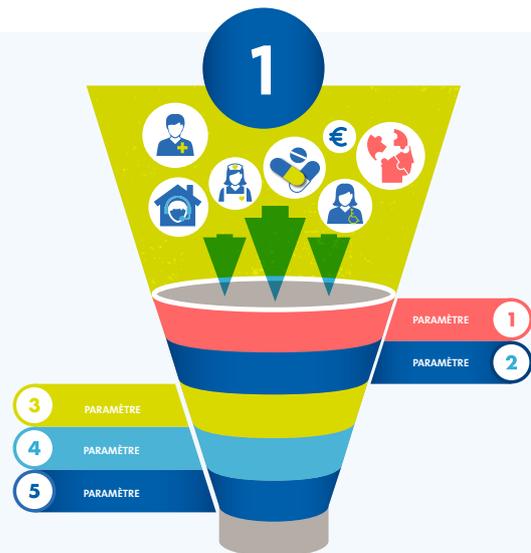
LE RAPPORT EST STRUCTURÉ EN DEUX PARTIES

La **première partie** est une approche théorique du cadre légal et du financement sanitaire et hôtelier des lieux de vie et d'accueil suivants :

- Le domicile,
- La maison de repos pour personne âgée et la maison de repos et de soins,
- La résidence-services,
- Les centres de jour.

Par financement sanitaire, il convient d'entendre l'ensemble des coûts relatifs à la santé, aux soins et aux actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie et/ou d'indépendance. Dans l'étude, ces coûts intègrent :

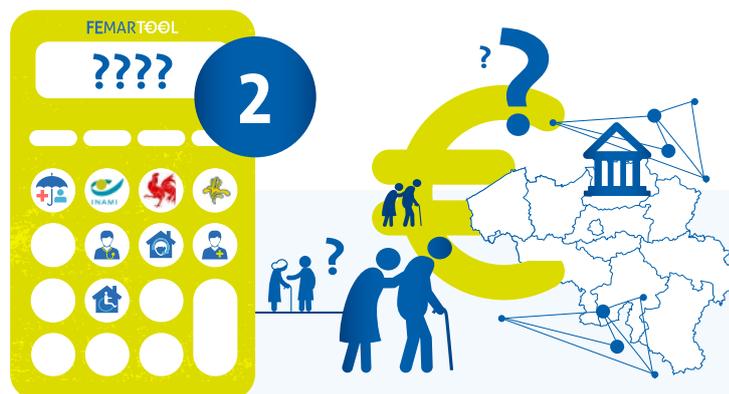
- Les soins infirmiers,
- Les prestations de kinésithérapie,
- Les prestations paramédicales,
- Les soins médicaux,
- Les frais pharmaceutiques,
- Les soins esthétiques,
- Les aides pour les activités de la vie journalière.



Le financement hôtelier comprend, quant à lui, les coûts liés :

- au logement et à son équipement,
- aux charges indirectes liées à l'habitat (assurance, frais d'énergie,...),
- aux repas.

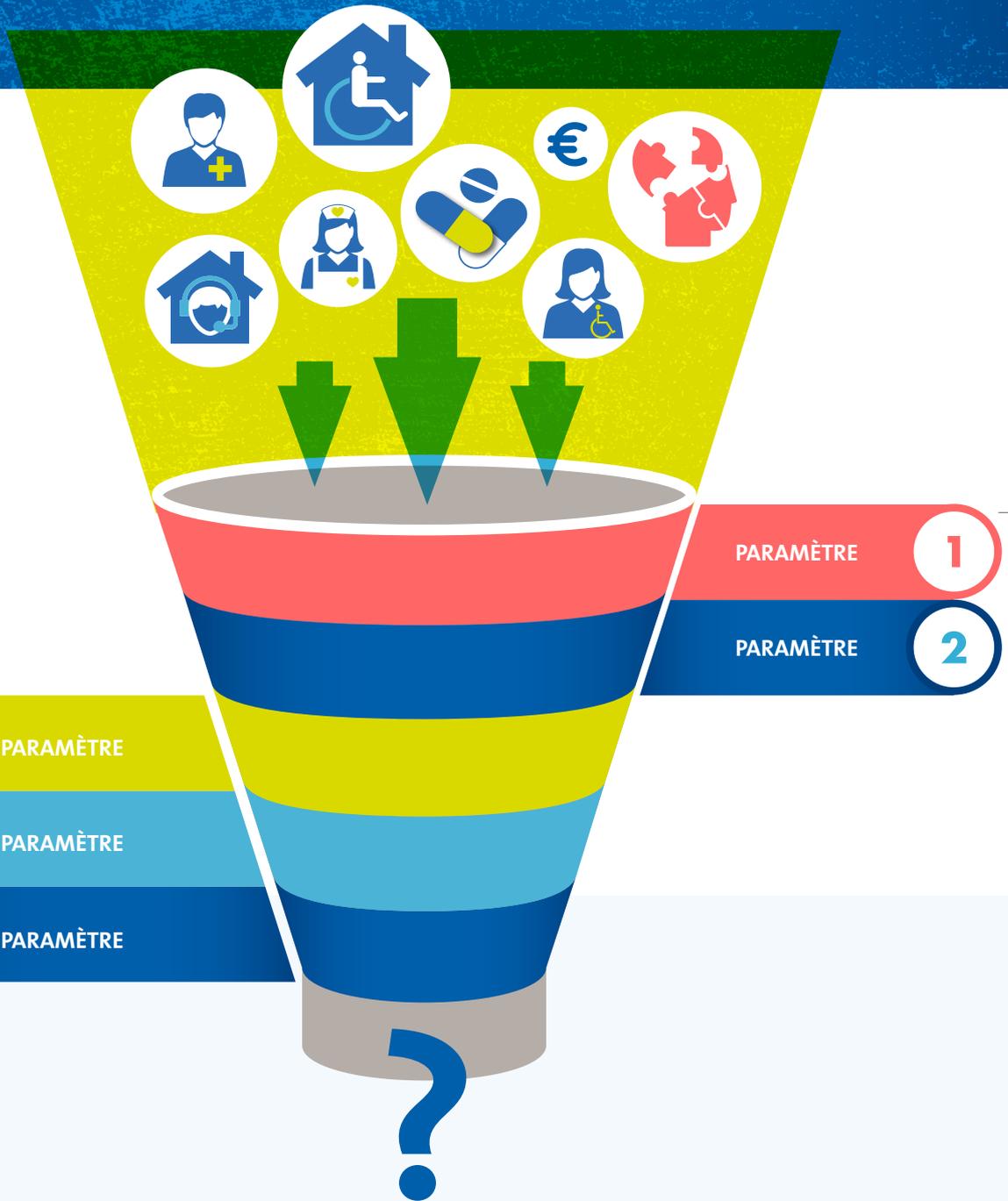
Cette section se termine par un rappel de la réglementation en matière de « maximum à facturer » (MAF).



La **seconde partie** de l'étude contient une description détaillée des critères de choix, des montants et des hypothèses posées dans le cadre de la construction de l'outil d'évaluation et de comparaison des coûts.

Elle débouche sur l'analyse des coûts à charge de la personne âgée et de la collectivité et aux multiples questionnements et réflexions qu'elle suscite.

APPROCHE THÉORIQUE



1. LE DOMICILE

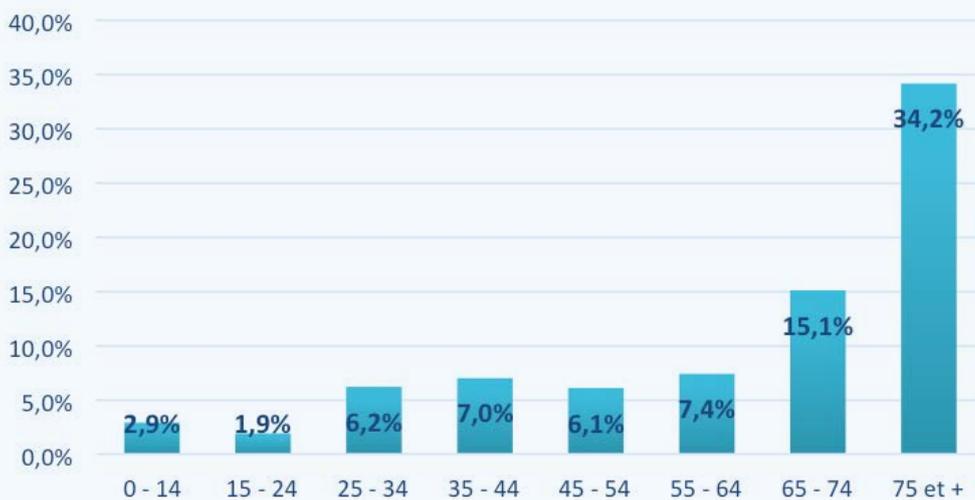
L'objectif premier des services d'aides et de soins à domicile est de **permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elle le plus longtemps possible** et ce, dans les meilleures conditions possibles. Cet objectif répond à la volonté de la grande majorité des personnes âgées de rester dans leur logement⁸.

Afin de répondre à ce souhait, les autorités fédérales, régionales et locales ont largement diversifié l'offre d'aide et de soins à domicile qui se décline sous de multiples formes : les soins infirmiers, l'aide familiale, la livraison de repas, l'aide ménagère, les titres-services, les soins paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède), ... Afin d'optimiser ces ser-

vices, des structures de coordination de l'offre ont également été développées.

Selon l'Enquête de Santé Publique 2013, les usagers des services de soins et d'aide à domicile sont principalement les personnes âgées de plus de 65 ans : elles sont plus de 49% à avoir recours à l'un ou l'autre de ces services.

Graph 2 : **Pourcentage de la population qui a eu recours à des services de soins et d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois - Belgique**



Source : Enquête de santé publique Belgique 2013 - ISP

Selon des données de la mutualité chrétienne, près de 118.000 personnes de plus de 65 ans ont bénéficié de soins infirmiers à domicile en Flandre au 31 juin 2011, 43.000

en Wallonie et plus de 6.000 à Bruxelles. Les bénéficiaires de ces services sont en général plus jeunes que les résidents des maisons de repos (- de 85 ans)⁹.

⁸ <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf>

⁹ MC-Information 258 – décembre 2014

Il est toutefois difficile d'évaluer de manière précise le nombre de personnes faisant appel à un service d'aide à domicile et ce pour les raisons suivantes :

- les formes d'aide et de soins existantes sont multiples,
- les informations ne sont pas rassemblées dans une seule et même base de données.

Le secteur de l'aide aux familles et aux aînés fait l'objet de diverses réflexions en Wallonie. Deux mesures importantes sont planifiées pour ce secteur en 2016 et 2017 :

- l'implémentation de l'assurance autonomie,
- l'accroissement de l'offre de services en aide-ménagères via :
 - la pérennisation de plus de 1.000 emplois d'aide ménagères (Transformation d'emplois titres-services en emploi 'aide-ménagères sociales')
 - la formation de 250 aide-ménagères au métier d'aide familiale.

Cette seconde mesure s'appuie sur le constat du Gouvernement que le secteur d'aide aux familles et aux aînés (et plus spécifiquement les métiers d'aides ménagères, d'aides familiales et de garde malades) souffre d'une demande très nettement supérieure à l'offre de service¹⁰.



¹⁰Parlement de Wallonie, Note de politique générale, Novembre 2015.

1.1. FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE À DOMICILE

Dans ce chapitre, nous allons développer le **financement des soins et services** auxquels peut recourir la personne âgée en perte d'autonomie et/ou d'indépendance à domicile.

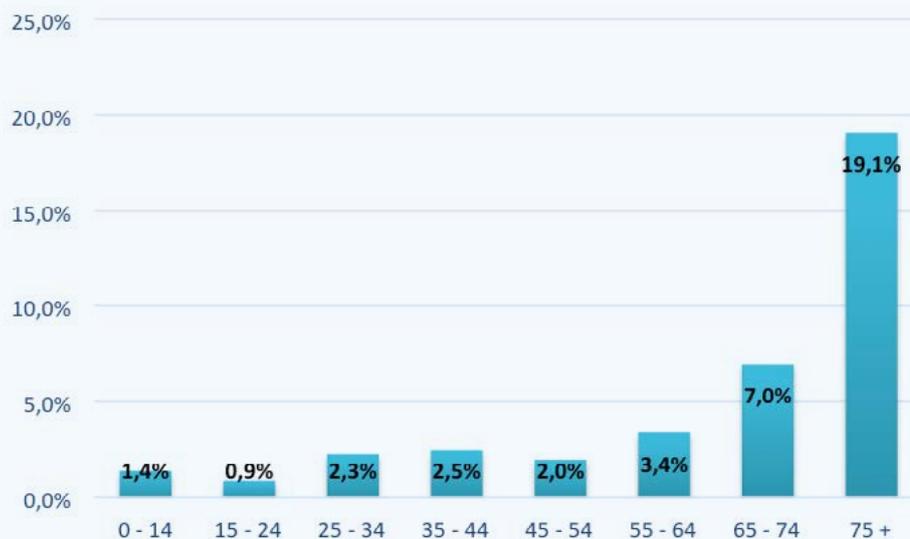
1.1.1. Les soins infirmiers

Selon l'enquête 2013 de la Santé Publique, 4% de la population a eu recours à un service de soins à domicile presté par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme au cours des 12 mois précédant l'étude.

A partir de 65 ans, le pourcentage de personnes qui reçoivent des soins infirmiers à domicile augmente de façon significative par rapport aux groupes d'âge de 0 à 64 ans. **Dès 75 ans, près d'une personne sur cinq (19%) bénéficie de soins à domicile.**

Un tiers des personnes ayant eu recours aux soins infirmiers à domicile a bénéficié de ces services pour une période inférieure à 4 semaines. Dans 41% des cas, la période de soins a varié de 26 à 52 semaines avec une moyenne de 5 heures par semaine. Le pourcentage de personnes qui reçoivent des soins à domicile pendant 26 à 52 semaines augmente considérablement avec l'âge : à peu près deux personnes sur trois (62%) âgées de 75 ans et plus y ont recours pendant une aussi longue période.

Graph 3: Pourcentage de la population qui a eu recours à un service de soins à domicile presté par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme au cours des 12 derniers mois, par âge



Enquête de Santé, Belgique 2013 –ISP

A. LES PRESTATIONS

Les soins infirmiers prestés au domicile des bénéficiaires doivent, pour faire l'objet d'une intervention par les organismes assureurs, être prestés et attestés par un praticien de l'art infirmier identifié par un numéro INAMI.

L'intégration d'un aide-soignant dans une équipe de minimum 4 infirmiers gradués ou brevetés est prévue par la législation sous certaines conditions. Les soins posés par l'aide-soignant sont toutefois limités aux actes délégués prévus par la législation¹¹.

Les prestations au domicile du patient sont classées en fonction de leur nature. On distingue 6 catégories :

- **La séance de soins infirmiers** qui inclut:
 - Les prestations de base c'est-à-dire la gestion du dossier infirmier
 - Les prestations techniques de soins infirmiers (ex: la toilette, l'administration de médicaments, les soins de plaies, ...)
- **Les soins pour les patients lourdement dépendants** (forfait A, B, C)
- **Les prestations techniques spécifiques** : (ex: perfusion, alimentation parentérale,...)
- **Les soins pour les patients palliatifs**
- **Les prestations dispensées aux patients diabétiques** (infirmier relais en diabétologie)
- **La consultation infirmière** pour détermination des problèmes de santé, fixation d'objectifs avec le patient,...

REMARQUES

- ✓ **Pour certains actes, le prestataire doit avoir suivi une formation spécifique (formation d'infirmier relais en soins de plaies, en diabétologie,...).**
- ✓ **La nomenclature prévoit des règles spécifiques pour des prestations multiples (cumul) chez un même patient.**

Les prestations liées aux actes de la vie quotidienne sont conditionnées à l'accord du médecin conseil de l'organisme assureur¹². Elles nécessitent une évaluation du degré de dépendance physique du patient.

Cette évaluation repose sur l'échelle de KATZ. Six 'critères' sont 'scorés' de 1 à 4 (1 = totalement indépendant – 4 totalement dépendant) :

- La capacité à se laver
- La capacité à s'habiller
- La capacité à se transférer et se déplacer
- La capacité à aller à la toilette
- La continence
- La capacité à manger

Contrairement à l'échelle de Katz utilisée en MRPA/MRS, les critères de désorientation dans le temps et dans l'espace ne sont pas pris en considération.

¹¹ AR 12/01/2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

¹² L'accord du médecin conseil est également nécessaire pour d'autres types de prestations (patient palliatif, prestations techniques spécifiques, ...).

Le scoring réalisé sur base de l'échelle de Katz permet de déterminer :

- Le **nombre de toilettes** (2 ou 7) qui peut être tarifé par semaine :

Tableau 1 : Score minimum de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine.

NOMBRE DE TOILETTES REMBOURSABLES PAR SEMAINE	CRITÈRES DE DÉPENDANCE DE L'ÉCHELLE DE KATZ					
	SE LAVER	S'HABILLER	TRANSFERT ET DÉPLACEMENT	ALLER AUX TOILETTES	CONTINENCE	MANGER
2	2					
7	2	2			2 pour la nuit + occasionnellement	
7	2	2			3 ou 4	
7	2	2	+ attestation désorienté dans le temps et l'espace			
7	4	4				

Source : INAMI

- Le **type de forfait** (A, B ou C) qui peut être tarifé par le prestataire :

Tableau 2 : Score minimum de l'échelle de KATZ déterminant le type de forfait à domicile.

TYPE DE FORFAIT	CRITÈRES DE DÉPENDANCE DE L'ÉCHELLE DE KATZ						
	SE LAVER	S'HABILLER	TRANSFERT ET DÉPLACEMENT	ALLER AUX TOILETTES	CONTINENCE	MANGER	PATIENT PALLIATIF
A	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 et/ou 3 ou 4				
B	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4	3 ou 4 et/ou 3 ou 4		
C	4	4	4	4	4	3	
C	4	4	4	4	3	4	

Pour la tarification via les forfaits, un nombre moyen de visites journalières du prestataire au domicile du patient est fixé¹³.

¹³ Le forfait C nécessite impérativement deux visites de l'infirmière par jour.

B. HONORAIRES, PRIX ET REMBOURSEMENTS

L'assurance soins de santé intervient, via la mutualité du bénéficiaire, dans les frais liés aux soins infirmiers au domicile.

Seules les prestations de soins infirmiers énumérées dans la nomenclature¹⁴ des prestations de santé donnent lieu à un remboursement par l'assurance soins de santé.

L'intervention fédérale :

On distingue deux types de financement dans les soins à domicile :

- La tarification à l'acte,
- Les honoraires forfaitaires par journée.

Le système de tarification à l'acte couvre les interventions techniques de soins qui exigent une prescription médicale. Afin de limiter l'induction de la consommation de soins par l'offre dans le système de paiement à l'acte, un plafond journalier maximal est prévu. Ce plafond correspond à la somme forfaitaire accordée pour le niveau de dépendance le plus bas (forfait A).

L'honoraire forfaitaire par journée couvre essentiellement les activités infirmières requises par des patients présentant des déficiences importantes dans la réalisation des activités de la vie quotidiennes (forfaits A, B et C de l'échelle de Katz).

Un honoraire plus élevé est accordé pour les prestations de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié.

L'intervention du bénéficiaire :

Le ticket modérateur à charge du patient varie selon :

- le type de prestations réalisées par l'infirmier au domicile,
- le statut du prestataire (conventionné ou non conventionné),
- le statut du patient (bénéficiaire avec régime préférentiel ou sans régime préférentiel),
- les pratiques des prestataires en fonction des lieux d'habitation. Dans certaines régions, la majorité des prestataires ne demandent pas de ticket modérateur (ex : région de Mons-Borinage, Charleroi,...).

Certaines prestations font l'objet d'un remboursement complet de l'assurance soins de santé quel que soit le statut du bénéficiaire (ex : le forfait soins palliatif, le forfait pour prestations dispensées aux patients diabétiques).

Le tableau ci-dessous présente le montant des honoraires, des remboursements et des tickets modérateurs (au 01/04/2016) pour les codes nomenclatures relatifs :

- au passage de l'infirmière à raison de 2 fois par semaine pour la toilette (T2) et à une prestation de base de la journée de soins
- au passage de l'infirmière à raison de 7 fois par semaine pour la toilette (T7) et à une prestation de base de la journée de soins
- au passage de l'infirmière dans le cadre de la facturation d'un honoraire forfaitaire de type A, B ou C.

¹⁴ Article 8 de la nomenclature.

Tableau 3: Interventions OA et TM selon le type de prestations en soins infirmiers au domicile du bénéficiaire au 01/04/2016

STATUT DU BÉNÉFICIAIRE	T2	T7		A		B		C	
	Sem	Sem	WE	Sem	WE	Sem	WE	Sem	WE
CN (Code de nomenclature)	425014 425110	425014 425110	425412 425515	425272	425670	425294	425692	425316	425714
Intervention OA Bénéficiaire Non Préférentiel	6,87€	6,87€	9,94€	12,84€	19,17€	29,69€	44,08€	40,61€	60,48€
Ticket modérateur Bénéficiaire Non Préférentiel	2,28€	2,28€	3,31€	4,27€	6,38€	3,29€	4,89€	4,51€	6,71€
TOTAL	9,15€	9,15€	13,25€	17,11€	25,55€	32,98€	48,97€	45,12€	67,19€
Intervention OA Bénéficiaire Préférentiel	8,90€	8,90€	13,00€	16,86€	25,30€	32,73€	48,72€	44,87€	66,94€
Ticket modérateur Bénéficiaire Préférentiel	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€	0,25€
TOTAL	9,15€	9,15€	13,25€	17,11€	25,55€	32,98€	48,97€	45,12€	67,19€

C. LE MODE DE FACTURATION

Deux modes de facturation sont d'application.

Les attestations « papiers »

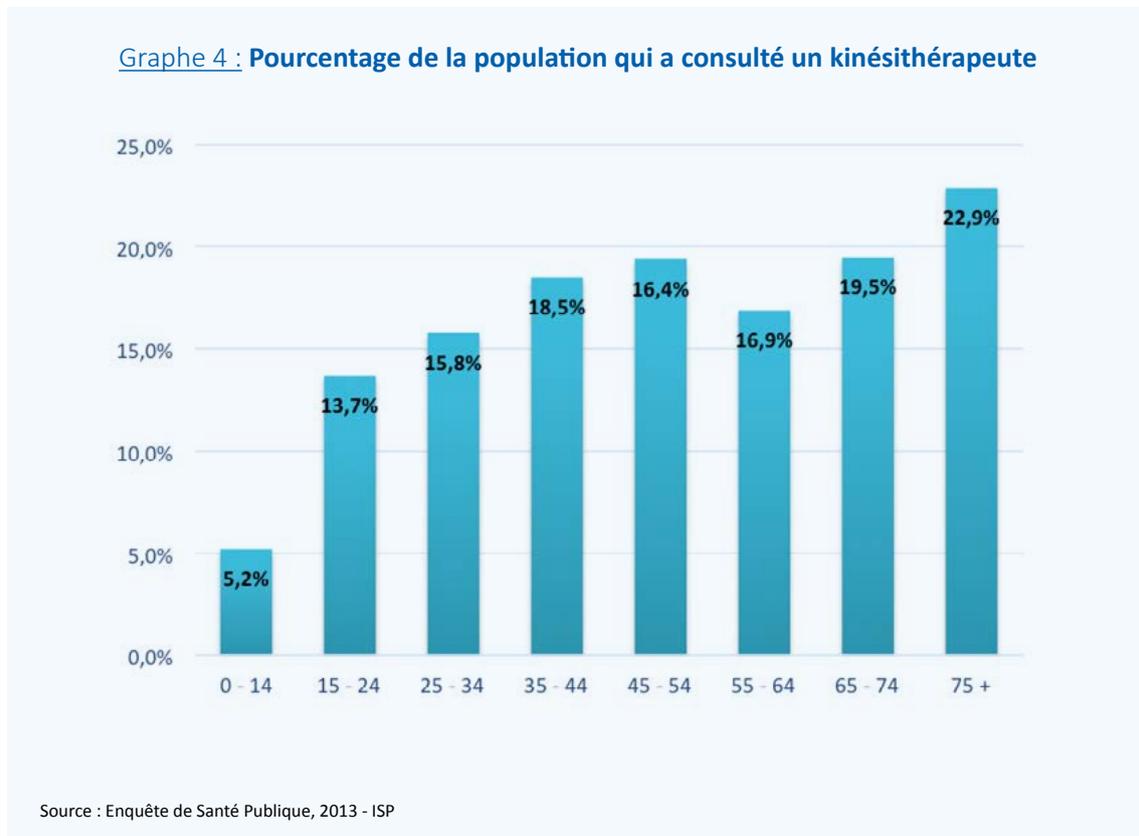
Le prestataire peut opter pour la tarification sur base d'une 'attestation de soins donnés' sous format papier. Dans ce cas, le bénéficiaire paie le montant de l'honoraire et il obtient le remboursement de la prestation contre remise de l'attestation de soins donnés via son organisme assureur (déduction d'un éventuel ticket modérateur). Depuis le 1er octobre 2015, l'attestation de soins donnés doit préciser le montant payé par le patient.

La facturation en ligne

Le prestataire peut opter pour une facturation via la structure en ligne « MyCareNet ». Ce choix impose la pratique du tiers payant. Dans ce cas, seul le ticket modérateur éventuel sera perçu directement auprès du patient. L'utilisation de « MyCareNet » permet également au prestataire de vérifier l'assurabilité du patient, d'introduire les demandes d'autorisation de soins au médecin conseil et d'en obtenir rapidement la preuve, l'accord ou le refus.

1.1.2. Les soins de kinésithérapie

Comme illustré dans le graphique ci-dessous, 42,4% de la population âgée de 65 ans et plus a eu recours à un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois. Parmi celle-ci, 23% sont âgés de 75 ans et plus.



A. CLASSIFICATION DES PATHOLOGIES

La législation distingue **5 types de pathologie** : les pathologies ordinaires, aiguës, lourdes, chroniques et pour soins palliatifs.

Les pathologies ordinaires

Le patient bénéficie d'un examen à titre consultatif de 30 minutes et de 18 séances de 30 minutes par année civile.

Au-delà, les séances sont de 15 minutes et l'intervention de l'assurance est moins élevée.

Si au cours de l'année civile, le patient doit être pris en charge pour une pathologie ordinaire autre que celle pour laquelle il a été pris en charge, une demande auprès du médecin conseil doit être introduite pour bénéficier de 18 nouvelles séances de 30 minutes.

Les pathologies aiguës (ex: opération)

Le patient bénéficie d'un rapport écrit (+/- 45 minutes) et de 60 séances de 30 minutes par année civile. Les 18 séances pour pathologies ordinaires pouvant être réalisées en plus.

Si au cours de l'année civile, le patient doit être pris en charge pour une pathologie aiguë autre que celle pour laquelle il a été pris en charge, une demande auprès du médecin conseil doit être introduite pour bénéficier de 60 nouvelles séances de 30 minutes.

Les pathologies chroniques (ex: polynévrite, difficultés à la marche > 65 ans, ...)

Le patient bénéficie d'un rapport écrit (+/- 45 minutes) et de 60 séances de minimum 30 minutes par année civile. Les 18 séances pour pathologies ordinaires pouvant être réalisées. Si au cours de l'année civile, le patient doit être pris en charge pour une pathologie chronique autre que celle pour laquelle il a été pris en charge, une demande auprès du médecin conseil doit être introduite pour bénéficier de 60 nouvelles séances de minimum 30 minutes.

Les pathologies lourdes (ex: hémiplégie, sclérose en plaques,...)

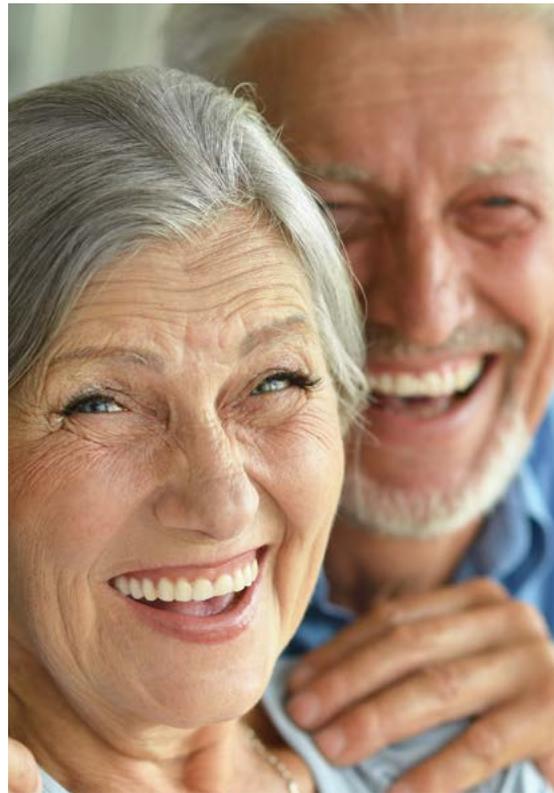
Il s'agit de prestations pour le traitement de certaines pathologies reprises dans une liste limitative, chez des patients qui ont obtenu un accord du médecin-conseil.

Le patient bénéficie d'un rapport écrit (+/- 45 minutes) et de 1 ou 2 séances par jour allant de 30 minutes à 60 minutes (voire 120 minutes) et ce, pour une durée déterminée de maximum 3 ans.

Les soins pour les patients palliatifs à domicile

Toutes les prestations effectuées chez un patient palliatif à domicile relèvent de cette catégorie. Le patient est considéré comme patient palliatif à domicile s'il bénéficie de l'intervention forfaitaire qui lui est spécifiquement destinée.

Le nombre de séances par semaine est déterminé par le médecin prescripteur.



B. HONORAIRES, PRIX ET REMBOURSEMENTS

Le remboursement par les organismes assureurs est soumis à deux conditions :

- les prestations doivent être prestées et attestées par un praticien kinésithérapeute identifié par un numéro INAMI,
- les séances de kinésithérapie doivent être prescrites par un médecin.

L'intervention à charge du patient dépend :

- du type de pathologie,
- du lieu de prestation (cabinet ou domicile),
- du nombre de séances de kinésithérapie,
- du régime d'assurabilité du bénéficiaire,
- du prestataire de soins (conventionné ou non).

Le tableau ci-dessous détaille le montant des honoraires, l'intervention de l'assurance soins de santé (via les organismes assureurs) et le ticket modérateur à charge du bénéficiaire selon son statut pour les prestations les plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées.

Tableau 4 : Honoraires de kinésithérapie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2016

CATÉGORIE DE PRESTATION	PRESTATION		MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BÉNÉFICIAIRE				
	NOMBRE DE SÉANCES	TIMING	BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL			BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
			HONORAIRES	INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR
PATHOLOGIES ORDINAIRES	18 séances (CN : 560313)	30'	22,65 €	15,50 €	7,15 €	19,59 €	3,06 €
	après 18 séances (CN : 560350)	30'	22,65 €	7,13 €	15,52 €	9,40 €	13,25 €
PATHOLOGIES AIGÛES	60 séances (CN : 563312)	30'	22,65 €	17,08 €	5,57 €	20,44 €	2,21 €
	après 60 séances (CN : 563356)	30'	22,65 €	8,47 €	14,18 €	10,10 €	12,55 €
PATHOLOGIES CHRONIQUES	60 séances (CN : 563916)	30'	22,65 €	17,08 €	5,57 €	20,44 €	2,21 €
	après 60 séances (CN : 564336)	30'	22,65 €	13,66 €	8,99 €	18,11 €	4,54 €
PATHOLOGIES LOURDES (CN : 563916)	Pas de limitation	30'	22,65 €	18,20 €	4,45 €	20,89 €	1,76 €
SOINS PALLIATIFS (CN : 564211)		30'	22,65 €	22,56 €	0,09 €	22,56 €	0,09 €

1.1.3. Les soins de logopédie

Au domicile, pour faire l'objet d'un remboursement par les organismes assureurs, les soins de logopédie doivent être prestés et attestés par un logopède identifié par un numéro INA-MI et les séances doivent être prescrites par un médecin.

Le remboursement de l'assurance soins de santé varie selon la pathologie, le lieu de la prestation (domicile ou cabinet) et le statut du bénéficiaire.

L'intervention à charge du patient dépend :

- du type d'intervention (R17.5 : 30 min., R35 : 60 min. et R9 : intervention collective de 60 min.),
- du régime d'assurabilité du bénéficiaire,
- du prestataire de soins (conventionné ou non).

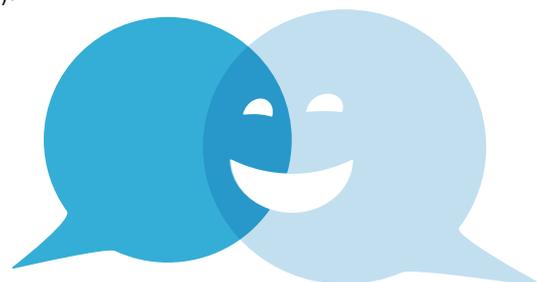


Tableau 5 : Honoraires de logopédie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2016

CATÉGORIE DE PRESTATIONS	PRESTATION		MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BÉNÉFICIAIRE				
	NOMBRE DE SÉANCES	TIMING	HONORAIRES	BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
				INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR
TROUBLES DU LANGAGE ORAL ET/ OU DE LA PAROLE	480/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
APHASIE	480/4ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
TROUBLES ACQUIS SUITE À UNE INTERVENTION RADIO THÉRAPEUTIQUE OU CHIRURGICALE TÊTE/COU	192/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
DYSGLOSSIES TRAUMATIQUES OU PROLIFÉRATIVES	288/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
DYSARTHRIES	480/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
TROUBLES CHRONIQUES DE LA PAROLE CONSÉCUTIFS À DES AFFECTIONS NEUROMUSCULAIRES	520/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
SÉQUELLES DE LARYNGECTOMIE	480/2ans	30'	22,05€	16,54€	5,51€	19,85€	2,20€
DYS-FONCTIONNEMENT DU LARYNX ET/OU DES PLIS VOCAUX	80 /2ans	30'	22,05 €	16,54 €	5,51€	19,85 €	2,20 €
TROUBLES DE L'OUÏE	520/2ans	30'	22,05 €	16,54 €	5,51€	19,85 €	2,20 €
DYSPHAGIE	480/2ans	30'	22,05 €	16,54 €	5,51€	19,85 €	2,20 €
DYSPHASIE	384/2ans	30'	22,05 €	16,54 €	5,51€	19,85 €	2,20 €

1.1.4. Les soins médicaux

Selon l'Enquête de Santé 2013, le groupe d'âge « 75 ans et plus » consulte en moyenne son médecin généraliste 7,4 fois par an à Bruxelles et 7,9 fois par an en Région Wallonne.

Les visites et consultations du médecin généraliste sont remboursées par l'assurance soins de santé, via la mutualité.

L'intervention de l'assurance peut se faire sous forme d'un remboursement (total ou partiel) par la mutualité ou par l'application du tiers payant.

Depuis le 1er juillet 2015, la réglementation impose au médecin généraliste d'appliquer le régime du tiers payant pour les patients bénéficiant de l'intervention majorée.

Honoraires, prix et remboursements des consultations:

Les honoraires du médecin généraliste varient selon plusieurs critères :

- **Son accréditation** (les médecins accrédités peuvent demander un supplément d'honoraire remboursé par la mutualité),
- **L'adhésion à la convention nationale,**
- **Le lieu de prestation** (cabinet ou domicile),
- L'existence d'un **dossier médical global** (DMG),
- Les caractéristiques du **patient** (Age, maladie chronique).
- **Le nombre de patients visités** (deux ou plus) **sur un même site** (par exemple en maison de repos).

Le tableau ci-dessous détaille les tarifs applicables pour une visite du médecin généraliste dans le cadre du dossier médical global au domicile d'un bénéficiaire à partir de 75 ans ou d'un malade chronique avec DMG :

Tableau 6 : Honoraires du médecin généraliste dans le cadre d'une visite médicale au domicile du bénéficiaire au 01/02/2016

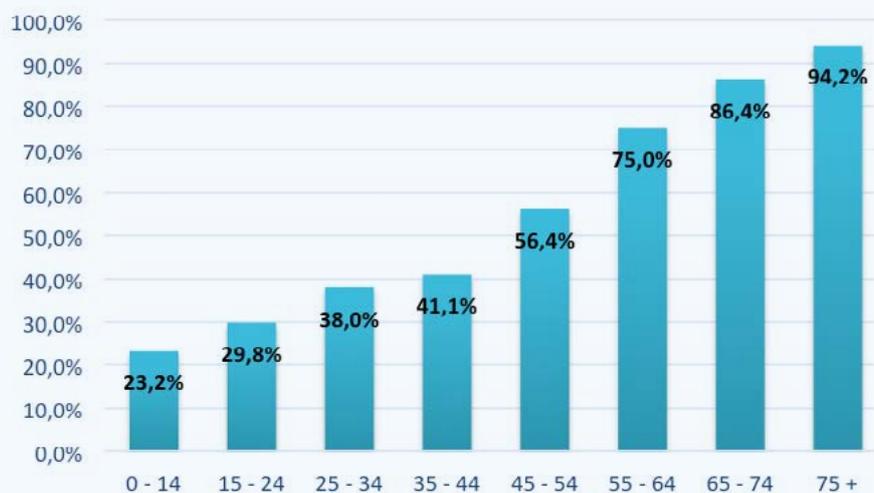
LIBELLÉ	HONORAIRES	INTERVENTION O.A	
		BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL	BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL
Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103132)	36,76 €	27,76 €	34,76 €
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103412)	29,40 €	22,20 €	27,82 €
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103434)	27,57 €	20,83 €	26,24 €

1.1.5. Les frais pharmaceutiques

Une étude réalisée par l'Institut scientifique de Santé Publique indique que la consommation des médicaments augmente progressivement avec l'âge. En effet, plus de 30%

des personnes au-delà de 75 ans prennent au moins 5 médicaments différents au cours d'une même journée et 6% au moins 9 médicaments.

Graph 5 : Pourcentage de la population (par tranche d'âge) qui a consommé au cours des 2 dernières semaines des médicaments prescrits.



Enquête de santé Publique, Belgique, 2008 - ISP

Il existe **deux catégories de médicaments** :

1. la spécialité pharmaceutique qui est produite et commercialisée par une société pharmaceutique,
2. la préparation magistrale qui est préparée par un pharmacien.



Ces 2 catégories de médicaments sont **remboursables sous 4 conditions** :

1. il faut une prescription rédigée par un médecin généraliste, un spécialiste ou un dentiste,
2. le médicament doit être délivré par un pharmacien,
3. le médicament doit bénéficier d'un remboursement,
4. les conditions de remboursement doivent être respectées.

Les spécialités remboursées sont classées en catégories (A, B, C, Cs, Cx) suivant leur efficacité thérapeutique et leur importance sociale. Le taux de remboursement dépend de ces catégories.

Tableau 7 : Ticket modérateur du bénéficiaire en fonction du statut mutuelliste (Montants au 1er janvier 2015).

EXEMPLES	QUOTE-PART PERSONNELLE	
	Bénéficiaire Non Préférentiel	Bénéficiaire Préférentiel
CATEGORIE A		
Médicaments contre le cancer, le diabète, l'épilepsie...	Pas de ticket modérateur (1)	Pas de ticket modérateur (1)
CATEGORIE B		
Antibiotiques, médicaments contre l'excès de cholestérol, l'asthme, la tension artérielle trop élevée,...	Un petit ticket modérateur, avec un max. de : * 11,80 € * 14,70 € pour un grand conditionnement (2)	Un petit ticket modérateur, avec un max. de : * 7,80 € * 9,70 € pour un grand conditionnement (2)
CATEGORIE C		
Expectorants, anti-excès d'acidité gastrique	Un ticket modérateur moyen, avec un max. de 14,70 €	Un ticket modérateur moyen, avec un max. de 9,70€
CATEGORIE Cs		
Vaccins contre la grippe, médicaments contre les allergies	Pas de plafond	Pas de plafond
CATEGORIE Cx		
Pilule contraceptive	Pas de plafond	Pas de plafond
(1) Depuis l'introduction du remboursement de référence, un supplément est d'application pour certains médicaments de la catégorie A (2) Un grand conditionnement contient plus de 60 unités		

REMARQUE

- ✓ Dans le cadre de l'assurance complémentaire, certaines mutualités interviennent complémentaires dans la prise en charge du coût de certains médicaments (ex : vaccins contre la grippe,...).

1.1.6. Les soins de pédicurie

Le pédicure médical dispense des soins au niveau de l'épiderme. Son intervention est limitée dans la mesure où toute une série d'affections plus graves requièrent le passage d'un podologue (niveau bachelier).

Certaines mutuelles interviennent partiellement dans les frais de pédicurie. Cette intervention varie selon des critères propres à

chacune : l'âge, le nombre d'interventions autorisées par an, le montant de l'intervention, le fait que le praticien soit conventionné,...

1.1.7. Les soins esthétiques

Pour l'entretien de sa chevelure, la personne âgée peut se rendre dans un **salon de coiffure** ou bénéficier de ce service à domicile. Les tarifs sont fixés par le coiffeur et varie selon le lieu et le type de prestation.

1.1.8. Les aides pour les activités de la vie journalière

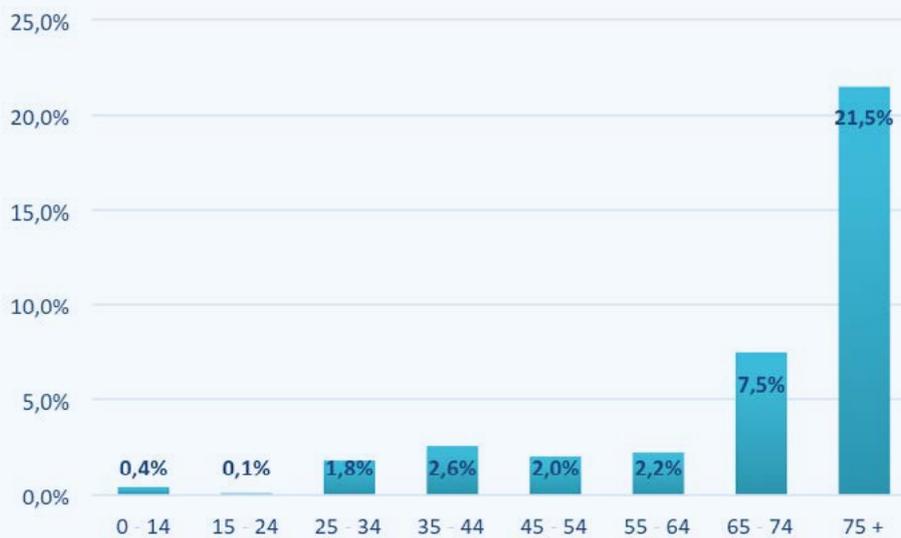
Les personnes âgées à domicile ont la possibilité de recourir à divers types de soutien :

- l'aide familiale ou l'aide sénior pour les activités de la vie journalière,
- l'aide ménagère pour les aspects hôteliers via les titres-services notamment,
- la garde à domicile.

A. L'AIDE FAMILIALE OU L'AIDE SÉNIOR

Comme le montre le graphique ci-dessous, le recours à un service d'aide à domicile augmente dès l'âge de 65 ans en Région wallonne. A partir de 75 ans, 21,5% des individus y ont recours.

Graphe 6 : Pourcentage de la population qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide sénior) au cours des 12 derniers mois



Source : Enquête de Santé Publique, Belgique, 2013 – ISP

Les services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) interviennent à domicile afin de favoriser le maintien à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne (Petits soins d'hygiène, réalisation de courses, de démarches administratives, de repas,...). L'aide est fournie à la demande du bénéficiaire (ou de son représentant) eu égard à ses besoins réels. Les besoins sont évalués sur base d'une enquête sociale.

Les SAFA sont de la compétence des Régions¹⁵. Ils doivent satisfaire à diverses conditions pour

être agréés et pour conserver cet agrément. Ces services peuvent être créés par les provinces, les communes, les centres publics d'action sociale, les associations sans but lucratif, les fondations ou les intercommunales.

Les subventions allouées aux services agréés couvrent, partiellement ou totalement, sous réserve du respect des conditions de subventionnement, les dépenses de personnel, les frais de fonctionnement, le temps de formation et de réunion et les frais de transport.

¹⁵_RW : Articles 225 à 236 du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

COCOM : Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et aux services d'aide aux personnes.

Le nombre d'heures de prestations d'aide à la vie quotidienne subventionnées par la Région est limité à un maximum dénommé « contingent ». Le contingent se calcule sur base du nombre d'heures subventionnées au cours de l'année précédente multiplié par un coefficient. En Région Wallonne, ce coefficient prend en considération le nombre d'habitants de la ou des communes desservies par le service, l'âge des habitants de la ou des communes desservies par le service et la hauteur de la contribution financière des bénéficiaires du service. A la COCOM, il est fixé par les Ministres¹⁶.

L'intervention forfaitaire de la COCOM s'élève à 26€¹⁷ par heure prestée par une aide familiale ou un aide senior. Ce forfait est majoré d'un supplément horaire de :

- 26 % pour les heures prestées en soirée de 18 heures à 20 heures et le samedi,
- 56 % pour les heures prestées le dimanche ou un jour férié.

En Région wallonne, le forfait varie, selon le pouvoir organisateur, de 21,89€ à 22,84€ par

heure prestée. À ces montants, viennent s'ajouter les subventions complémentaires pour¹⁸ :

- l'ancienneté,
- le personnel administratif,
- le responsable de l'accompagnant,
- les heures prestées en heures inconfortables (pour autant que les services accordent aux aides familiales au minimum les pourcentages supplémentaires horaires, qu'ils soient attribués sous forme de sursalaire ou en termes de récupération),
- les frais de déplacement,
- les communes à faible densité de population.

Le nombre d'heures de prestations d'aide à la vie quotidienne fournies par un même service ou par des services différents pour un même bénéficiaire est limité. En Région Wallonne, le plafond est fixé à 250 heures par trimestre en faveur d'un bénéficiaire unique¹⁹ (sauf dérogation, profil spécifique ou bénéficiaire multiple).

Le montant à charge de la personne âgée varie selon les revenus du ménage et la situation familiale. Les barèmes sont fixés par les régions.

Tableau 8 : Coûts horaires de l'aide familiale selon la zone géographique

	COCOM	RÉGION WALLONNE
CONTRIBUTION DU BÉNÉFICIAIRE PAR HEURE PRESTÉE	De 0,25 € à 7,39 €	De 0,56 à 8,19 € (*)
(*) Ces montants intègrent le supplément horaire de 10 % pour les frais de transport et la réduction forfaitaire de 0,40€ octroyée par la Région Wallonne		

B. L'AIDE MÉNAGÈRE VIA LES TITRES-SERVICES

Depuis le 1er janvier 2016, les services prestés via les titres-services sont de la compétence des Régions. Les tâches les plus fréquemment réalisées dans le cadre des titres-services sont les suivantes : le nettoyage, le repassage, les petits travaux de couture, etc.

Une étude de 2013 d'IDEA CONSULT révèle que :

- 29,4 % des utilisateurs de titres ont plus de 65 ans en Région Wallonne. A Bruxelles, les 65+ représentent 23,3% des utilisateurs de titres,
- le nombre d'heures consommées par semaine par les 65 ans et plus s'élève à 2,3 heures.

¹⁶ 25 OCTOBRE 2007. - Arrêté du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile.

¹⁷ (*) Ces forfaits sont rattachés à l'indice pivot 110,52 (base 2004). Art.1er de l'arrêté ministériel déterminant le forfait horaire subventionné en 2013 pour les aides familiaux ou senior et les aides ménagères des services d'aide à domicile (MB : 21/03/2013)

¹⁸ Articles 341,342, 343,344 et 348 du CRWASS

¹⁹ Art. 241 du code wallon de l'action sociale et de la santé.

Tableau 9 : Nombre d'utilisateurs actifs selon l'âge et la région en 2013

	TOTAL (N=948.901)	BRUXELLES (N=90.160)	FLANDRE (N=580.847)	WALLONIE (N=277.894)
< 35 ANS (N= 122.014)	12,9%	17,6%	12,7%	11,6%
ENTRE 35 ET 44 ANS (N=217.264)	22,9%	25,5%	23,0%	21,8%
ENTRE 45 ET 54 ANS (N=203.357)	21,4%	19,5%	22,1%	20,7%
ENTRE 55 ET 64 ANS (N=140.137)	14,8%	14,1%	14,1%	16,4%
ENTRE 65 ET 79 ANS (N=159.382)	16,8%	14,2%	16,5%	18,1%
> = 80 ANS (N=106.747)	11,2%	9,1%	11,6%	11,3%
TOTAL (N=948.901)	100%	100%	100%	100%

Source: IDEA Consult sur base de données ONEM et Sodexo (2013), répartition selon le domicile des utilisateurs

Tableau 10 : Nombre de titres achetés selon le profil de l'utilisateur en 2013

		NOMBRE MOYEN DE TITRES ACHETÉS	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE
RÉGIONS	BRUXELLES (N=90.160)	156	3
	FLANDRE (N=580.847)	129	2,5
	WALLONIE (N=277.894)	117	2,3
AGES	< 35 ANS (N= 122.014)	102	2
	35-64 ANS (N=560.758)	139	2,7
	>= 65 ANS (N=266.129)	117	2,3
Total (N=948.901)		128	2,5

Source: IDEA Consult sur base de données ONEM et Sodexo (2013), répartition selon le domicile des utilisateurs

Les titres-services ont connu plusieurs changements, notamment en ce qui concerne la valeur du titre, la déductibilité fiscale ou le remboursement à l'entreprise. Initialement, la valeur faciale du titre service était de 6,7 €. Depuis le 1er janvier 2014, elle est de 9 € pour les 400 premiers titres-services (800 pour un ménage). Un titre-service correspond à une heure de prestation.

Les sommes payées par le bénéficiaire donnent droit à une réduction d'impôts qui varie selon la région.



En région Wallonne, la réduction d'impôts est de 0,9 € par titre-service pour les 150 premiers titres achetés depuis le 1er janvier 2015. Le titre-service représente un coût net de 8,10 € pour le bénéficiaire.

En région Bruxelloise, la réduction d'impôt est de 1,35 € par titre-service pour les 155 premiers titres achetés depuis le 1er janvier 2016. Un titre-service de 9 € coûte donc 7,65 € après la réduction d'impôt.

L'intervention régionale à destination des entreprises de 'Titres-services' agréées s'élève à 13,04 € par titre service depuis le 1er janvier 2014.

C. LA GARDE À DOMICILE

Le **Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé** stipule que : « *Le garde à domicile a pour mission d'accompagner le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ne peut se déplacer seule hors de son domicile. Il vise principalement à assurer, le jour ou la nuit et en complémentarité avec l'entourage du bénéficiaire, une présence active et à optimiser le bien-être mental, physique et social du bénéficiaire par des actions définies par le statut du garde à domicile* ». Le garde à domicile bénéficie d'un statut spécifique et doit être porteur d'un diplôme ou d'un certificat leur permettant d'exercer la fonction d'aide familiale (Sauf dérogation).

Les heures de garde à domicile ne sont pas comprises dans le contingent. A ce titre, la garde à domicile est essentiellement financée sur fonds propres ou via des aides à l'emploi²⁰.

La Région Wallonne octroie une subvention forfaitaire²¹ pour les gardes à domicile d'un montant de 4.448,3399€ par ETP /an afin d'intervenir dans les frais d'encadrement et les heures inconfortables. Une subvention forfaitaire d'un montant de 1.082,4322 € par

ETP est également octroyée aux employeurs du secteur privé pour les gardes à domicile APE²².

A Bruxelles (COCOF/ COCOM), les services de garde relèvent de la réglementation des services de soins à domicile. Il n'existe donc pas de subventionnement distinct pour la garde : les services d'aide à domicile peuvent proposer ce service sous la forme de tâches familiales subventionnées (Cf. supra).

En l'absence d'une réglementation spécifique à la profession de garde-malade professionnel dans la Région de Bruxelles-Capitale, les tarifs mais aussi les conditions varient.

Dans les faits, la garde à domicile et plus spécifiquement la garde de nuit est « officiellement » peu développée.

1.1.9. L'incontinence

Un forfait « incontinence pour personnes dépendantes » peut être versé par la mutualité à la personne âgée à domicile. L'obtention de ce forfait est limitée aux forfaits B ou C avec un degré d'incontinence de 3 ou 4 sur l'échelle de Katz. Ce forfait s'élève à 493,15 € par an et est financé par le fédéral.



²⁰ _Plan Activa, programme de transition professionnelle (PTP), mesure d'économie d'insertion sociale (SINE), promotion de l'emploi dans le secteur non marchand (Maribel), la promotion de l'emploi (APE), articles 60 et 61 de la loi organique des CPAS.

²¹ _Art. 251 du CWASS et 345 du CWRASS

²² _Art. 252 du CWASS et 346. du CWRASS

1.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER À DOMICILE

1.2.1. Les coûts liés au logement

A. LE LOGEMENT

Selon une étude du SPF Economie, les dépenses moyennes des ménages en Belgique se sont élevées à près de 35.500 € par an en 2012. De ce montant, 35% sont consacrés au logement: 10.150 € pour le logement en lui-même (loyer, charges, dépenses énergétiques, entretien et réparation du logement) et 2.250 € pour l'achat de meubles et d'appareils ménagers, l'entretien courant (produits ménagers), l'outillage pour la maison et le jardin, etc.

Le coût du logement d'une personne âgée à domicile varie selon son « statut ». Si elle est propriétaire, elle est exemptée de loyer et supporte des charges fixes estimées à 40% du revenu locatif annuel. Si elle est locataire, elle est soumise à une charge locative dont le montant peut varier de façon considérable notamment, selon la zone géographique.

Le tableau ci-dessous présente les loyers mensuels selon les arrondissements en Wallonie et le type de parc locatif.

Tableau 11 : Loyers mensuels moyens selon les arrondissements en Wallonie et le type de parc locatif

	LOCATAIRES DU PARC PRIVÉ	LOCATAIRES DU PARC SOCIAL OU PUBLIC	ENSEMBLE DES LOCATAIRES
	LOYER MOYEN	LOYER MOYEN	LOYER MOYEN
NIVELLES	771,61 €		713,53 €
Nombre d'observations	135	28	163
CHARLEROI	466,69 €	327,80 €	423,74 €
Nombre d'observations	204	91	296
MONS	536,79 €	341,85 €	484,18 €
Nombre d'observations	106	39	145
MOUSCRON			383,57 €
Nombre d'observations	19	23	41
SOIGNIES	589,27 €		557,37 €
Nombre d'observations	59	14	73
THUIN	482,22 €		463,78 €
Nombre d'observations	60	9	69
TOURNAI	503,06 €		454,38 €
Nombre d'observations	57	24	81
HUY	562,98 €		528,91 €
Nombre d'observations	41	8	49
LIÈGE	537,66 €	323,80 €	460,99 €
Nombre d'observations	239	134	372

VERVIERS	608,13 €	407,04 €	569,55 €
Nombre d'observations	127	30	158
DINANT	510,43 €		509,65 €
Nombre d'observations	49		50
NAMUR	625,54 €	407,87 €	575,96 €
Nombre d'observations	120	35	155
Province de Luxembourg (arrondissements d'Arlon, de Bastogne, de Marche-en- Famenne, de Neufchâteau et de Virton ensemble)	571,02 €		531,71 €
NOMBRE D'OBSERVATIONS	107	23	130

Source : CEHD, Les loyers en Wallonie 2014 : enquête 2012 – 2013

A Bruxelles, la distribution des loyers s'étale entre 300 € et 5.000 € par mois; le mode²³ est de 600 €²⁴. Le loyer moyen des logements loués sur le territoire bruxellois est estimé à 695 €. La moitié des locataires s'acquittent d'un loyer inférieur à 650 €.

Tableau 12 : **Evolution des loyers des logements Bruxellois par commune**

	LOYER MENSUEL MOYEN ACTUALISÉ		
	2013	2008	INDICE 2008=100
ANDERLECHT	575 €	524 €	110
AUDERGHEM	784 €	746 €	105
BERCHEM SAINTE-AGATHE	670 €	572 €	117
BRUXELLES-VILLE	656 €	600 €	109
ETTERBEEK	809 €	600 €	135
EVERE	696 €	594 €	117
FOREST	638 €	587 €	109
GANSHOREN	684 €	634 €	108
IXELLES	720 €	599 €	120
JETTE	627 €	583 €	108
KOEKELBERG	631 €	535 €	118
MOLENBEEK SAINT-JEAN	601 €	526 €	114
SAINT-GILLES	615 €	558 €	110
SAINT-JOSSE-TEN-NOODE	638 €	484 €	132

²³ Le mode est le loyer le plus fréquent dans l'échantillon.

²⁴ Ces résultats sont représentatifs de l'entièreté du parc locatif bruxellois.

SCHAERBEEK	635 €	570 €	111
UCCLE	824 €	770 €	107
WATERMAEL-BOITSFORT	714 €	806 €	89
WOLUWÉ-SAINT-LAMBERT	971 €	692 €	140
WOLUWÉ-SAINT-PIERRE	1 045 €	895 €	117
RÉGION BRUXELLOISE	695 €	604 €	115

Source : Observatoire régional de l'habitat (avril 2014 SLRB)

B. LES CHARGES

Indépendamment d'un éventuel loyer, l'occupation d'un logement induit des charges que nous avons scindées en 3 catégories :

- Les charges d'énergie et d'assurance,
- Les charges d'entretien,
- Les charges de télécommunication.

Ces charges sont influencées par la situation de propriété ou de location, la superficie du logement, la performance énergétique du bâtiment, le degré de confort, l'environnement, etc.

Les tableaux ci-dessous, issus de l'enquête relative au budget des ménages 2012 (SPF économie) détaillent le budget annuel moyen dédié à ces postes selon la Région.

Tableau 13 : Coûts énergétiques liés au logement par zone géographique

	BELGIQUE	WALLONIE	BXL
EAUX DE DISTRIBUTION & COLLECTE DÉCHETS	248 €	228 €	430 €
COMBUSTIBLES & ÉLECTRICITÉ	862 €	967 €	674 €
ASSURANCE LOGEMENT	216 €	250 €	140 €
TOTAL ANNUEL	1.326 €	1.445 €	1.244 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	3,63 €	3,96 €	3,41 €

Tableau 14 : Coûts de l'entretien liés au logement par zone géographique

	BELGIQUE	WALLONIE	BXL
ENTRETIEN RÉPARATION LOGEMENT	199 €	212 €	128 €
ARTICLES MÉNAGERS - PRODUITS ENTRETIEN	142 €	142 €	113 €
TOTAL ANNUEL	341 €	354 €	241 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	0,93 €	0,97 €	0,66 €

Tableau 15 : Coûts de télécommunication liés au logement par zone géographique

	BELGIQUE	WALLONIE	BXL
EQUIPEMENTS	29 €	24 €	34 €
SERVICES	393 €	378 €	405 €
TOTAL ANNUEL	422 €	402 €	439 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	1,16 €	1,10 €	1,20 €

1.2.2. Les repas

Selon l'enquête relative au budget des ménages (2012), le budget moyen consacré aux denrées alimentaires (Boissons alcoolisées comprises) s'élève à 2.181€ par an soit 5,98€ par jour par personne. Dans ce budget, 2,08€ sont quotidiennement consacrés au repas principal (Viande, poissons et légumes).

En cas de perte d'autonomie, la préparation des repas peut être déléguée à un service d'aides aux familles via le passage de l'aide familiale (Cf. supra) et/ou à un service de repas à domicile.

La plupart des services de repas à domicile se limite au repas principal à savoir le dîner. Ils sont organisés tant par le secteur public (généralement le CPAS de la commune) que par le secteur privé. Ces acteurs proposent des services variables en matière :

- De fréquence de livraisons (Généralement, les repas sont livrés du lundi au vendredi),
- De « gamme » et de composition du repas (Potage, repas, dessert),
- D'adaptabilité du repas aux régimes (diabétique, sans sel, pauvre en graisse,...) et à la capacité de déglutition,
- De conditionnement (Repas chaud ou à réchauffer, repas sur plateaux, en ravier, en thermos,...).

Ces facteurs ont un impact sur le coût. Celui-ci peut également varier selon les revenus de la personne.

L'analyse des tarifs des CPAS de Bruxelles, de Mons-Borinage et de divers CPAS en Brabant Wallon indique un coût moyen de 6,5 € par jour et par personne pour la livraison du repas principal²⁵ au domicile.

1.2.3. La sécurité

La sécurité d'appel garantie dans les institutions va trouver son corollaire au domicile au travers du système de « téléassistance ». Celui-ci assure 24 heures sur 24 une permanence téléphonique pour toutes les situations d'urgence. Le système est mis en place via un pendentif qui, lorsqu'il est actionné, envoie un signal à un appareil de téléphonie. La personne âgée entre alors en contact avec une centrale de surveillance et peut exprimer son problème. En fonction de la gravité de la situation, le service envoie soit une personne de référence (renseignée comme tel lors de l'installation du système) soit un service de secours.

A côté de ce système actif, il existe également la téléassistance passive, qui repose sur une série de dispositifs lançant l'alerte automatiquement sur base de capteurs de présence (par exemple sur les matelas, détecteurs de chutes,...)

Il existe des services privés et publics. Les frais d'abonnement appliqués dans le secteur public s'élève en moyenne à 21,07 €/mois.

Certaines mutualités, communes ou provinces contribuent financièrement aux frais d'abonnement et/ou d'installation de ce système.

²⁵...Le repas principal n'intègre pas le petit-déjeuner et le repas du soir.

1.2.4. Le matériel

La dépendance entraîne fréquemment la nécessité d'adapter le logement ou de recourir à des aides matérielles. Ce matériel peut être acheté ou loué auprès de la Croix Rouge, de la mutualité, d'un centre de soins à domicile,...

Dans l'étude, l'aide matérielle se limite au lit électrique, la chaise percée et au matelas anti-escarres. Le tableau ci-dessous précise le prix moyen de location de ce matériel sur base des tarifs proposés par Partena, les mutualités neutres, la mutualité libre, le centre de soins à domicile Wallonie Picarde, la Croix-Rouge de Belgique et la mutualité socialiste.



Tableau 16 : Tarifs de location du matériel

MATÉRIEL	LOCATION MENSUELLE	COÛT PAR JOUR
LIT ÉLECTRIQUE AVEC BARRIÈRES	43,66 €	1,44 €
CHAISE PERCÉE	7,69 €	0,25 €
MATELAS PRÉVENTION	54,92 €	1,81 €
TOTAL	106,27 €	3,50 €



2. LA MAISON DE REPOS POUR PERSONNE ÂGÉE & LA MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Au 30 juin 2015, le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins comptait 141.002 lits. Ces lits sont répartis entre 1.513 institutions dont 583 en Région wallonne et 150 à Bruxelles.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des lits selon la région et la part de personnes âgées de plus de 60 ans hébergée en institution²⁶.

Tableau 17 : Répartition des lits MRPA/MRS selon la Région

	BRUXELLES	RÉGION WALLONNE	FLANDRE	BELGIQUE
NOMBRE DE LITS MRPA/MRS/CS/CC	15.166	48.252	76.833	141.002 ¹
PART DE P.A. DE PLUS DE 60 ANS QUI VIT EN MRPA/MRS	7,2%	5,7%	4,6%	5,2%

1...dont 751 lits en communauté germanophone

Le secteur a fortement évolué ces dernières années. Il s'est, entre autre, caractérisé par :

- Une augmentation importante du nombre de lits (Entre 2004 et 2014, plus de 9.300 lits ont été ouverts),
- La requalification de lits maison de repos en lits maison de repos et de soins,
- La création de lits « court-séjour »,
- Le renforcement des normes d'agrément (Normes architecturales, normes sécuritaires, normes administratives, normes qualitatives,...) fixées par les Régions,
- La disparition de nombreuses structures de petite taille (En 2014, la taille moyenne d'une institution était de 81,4 lits en Région Wallonne et de 99,7 lits à Bruxelles),

- Une professionnalisation des travailleurs (valorisation du personnel bénéficiant d'une spécialité en gériatre, soins palliatifs, obligation de qualification des aides-soignants,...).

Le secteur des maisons de repos et de soins est un employeur important au niveau national : près de 100.000 travailleurs y sont actifs. En 2014, le budget des MR, MRS et CSJ représentait un montant de 3,044 milliards²⁷ soit 13 % du budget total de l'assurance soins de santé.

Selon les données du SFP Economie (2014), **le prix d'hébergement moyen varie selon la région et le pouvoir organisateur : il est plus élevé en Flandres et dans les structures associatives.**

²⁶...Rapport entre le nombre de lits au 30/06/2014 (Source : INAMI) et la population âgée de 60 ans et plus en 2014 (Bureau fédéral du Plan; SPF Economie - Direction générale Statistique)

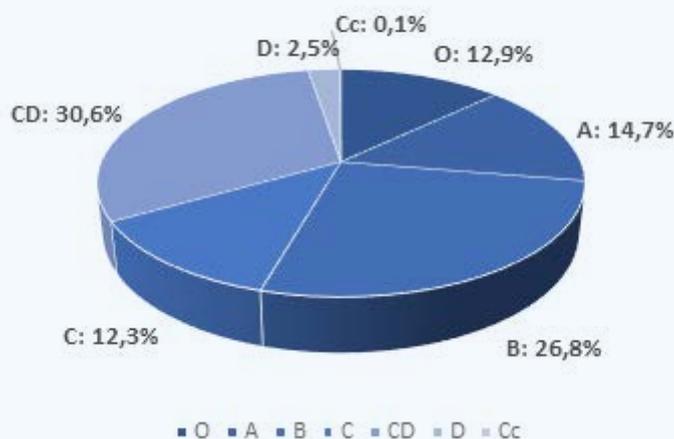
²⁷...Source : INAMI

Tableau 18 : Prix d'hébergement moyens à charge du résident selon la Région et le pouvoir organisateur

	CPAS	PRIVÉ	ASBL	TOTAL
RÉGION FLAMANDE	46,34 €	49,44 €	52,02 €	49,71 €
RÉGION BRUXELLOISE	42,43 €	46,31 €	54,49 €	46,70 €
RÉGION WALLONNE	38,14 €	40,05 €	40,93 €	39,80 €

Le graphe ci-dessous présente le profil des résidents admis durant la période allant du 1er juillet 2013 au 30 juin 2014.

Graphe 7 : Journées facturées en MRPA et en MRS en Belgique



Source : INAMI : période de référence 2013 - 2014

La région Flamande bénéficie d'une part de lits MRS plus importante et accueille un profil de résidents plus lourd que la Région Wallonne et Bruxelles avec, pour conséquence, un forfait journalier moyen supérieur. Le tableau ci-dessous présente l'allocation forfaitaire journalière 2015 selon la région.

Tableau 19 : Allocations forfaitaires moyennes 2015 par région (à charge de la Région)

	FORFAIT 2015
RÉGION FLAMANDE	51,64 €
RÉGION BRUXELLOISE	40,28 €
RÉGION WALLONNE	43,52 €
BELGIQUE	47,36 €

2.1. LE FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN MRPA/MRS

2.1.1. Le secteur des maisons de repos et maisons de repos et de soins

A. DÉFINITIONS

Le secteur est composé de 2 types d'institution : la maison de repos pour personne âgée et la maison de repos et de soins.

La maison de repos pour personne âgée (MRPA)

Le Code wallon de l'Action Sociale et de la Santé définit la maison de repos comme :

« L'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement d'aînés qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux²⁸ ».

L'Ordonnance de la COCOM du 24 avril 2008 précise ce qui suit au sujet de la maison de repos pour personne âgée :

« Maison de repos : un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant fonctionnellement une résidence collective procurant un hébergement ainsi que des aides ou des soins aux personnes âgées qui y demeurent avec ou sans agrément spécial pour la prise en charge des personnes âgées fortement dépendantes et nécessitant des soins; »

La maison de repos et de soins (MRS)

Selon l'Arrêté royal du 21 septembre 2004, « la maison de repos et de soins est destinée aux personnes nécessitant des soins et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée, étant entendu toutefois :

- que ces personnes ont dû subir, après une évaluation diagnostique pluridisciplinaire, l'ensemble des traitements actifs et réactivant sans qu'ils se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions néces-

saires à la vie quotidienne et sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent ;

- qu'une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-sociale doit démontrer que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est opportune;
- que l'état de santé général de ces personnes exige, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux et/ou kinési thérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne ;
- qu'elles doivent être fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes de la vie journalière et doivent, en outre, satisfaire à un des critères de dépendance tels que stipulés à l'article 148, 3°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. » (A savoir : les critères de dépendance « B – C- Cd » tels qu'identifiés par l'échelle d'évaluation « Katz »)

Le financement de l'institution dépend du score établi par l'utilisation de l'échelle de Katz. Cette échelle évalue les capacités du résident :

- à réaliser les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller à la toilette, la continence, manger),
- à s'orienter dans le temps et dans l'espace.

Pour chaque acte de la vie quotidienne, un score de 1 à 4 est attribué : 1 en cas d'autonomie, 4 en cas d'assistance complète. Dès que le résident a un score de 3, il est considéré comme « dépendant » pour cet acte.

28...Code wallon de l'Action sociale et de la Santé – Livre V : Aide aux aînés, Titre 1er Art. 334.

Chaque combinaison de scores correspond à une catégorie de dépendance :

- **Profil 0: Indépendant**
- **Profil A: Soins légers**
- **Profil B: Soins importants**
- **Profil C: Soins lourds**
- **Profil Cd: Soins lourds et démence.**
- **Profil D : Résidents diagnostiqués « dément » par un médecin spécialiste (psychiatre, neurologue, gériatre)**

La MRS est réservée aux profils de dépendance dits « lourds » à savoir les profils B, C, Cd²⁹. La MRPA accueille tous les profils.

B. LE FINANCEMENT

Suite à la 6ème réforme de l'Etat, **le financement des MRPA – MRS est une compétence transférée aux entités fédérées (régions/communautés) depuis le 1er juillet 2014**. Toutefois, durant une période transitoire, l'INAMI gère les dossiers relatifs à cette compétence transférée au nom et pour le compte des entités fédérées.

La maison de repos et la maison de repos et de soins bénéficient de divers types de financement de la région³⁰ :

- **L'intervention journalière (ou forfait),**
- **Le troisième volet,**
- **Les mesures fin de carrière,**
- **Les subsides à l'investissement (Exclusivement réservés aux institutions des secteurs public et associatif).**

L'intervention journalière

Le mode de calcul de l'allocation journalière est fixé dans l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003. Le principe général est le suivant : un forfait appelé « allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière » est versé à l'établissement pour chaque journée de présence d'un résident au sein de la MRPA/ MRS, quel que soit son profil de dépendance.

Ce forfait, spécifique à chaque institution, est calculé sur base des données transmises à l'INAMI durant une période dite de « référence » (du 1er juillet au 30 juin). Ces données portent sur :

- le nombre et le type de lits,
- le nombre de résidents par catégorie de dépendance,
- l'encadrement en personnel de soins présent par qualification.

Ce forfait vise à financer les soins. Il est calculé sur base du profil de dépendance moyen (case-mix) et du personnel présent par qualification.

Le tableau ci-dessous présente les 13 parties qui composent l'allocation forfaitaire et ce qu'elles couvrent. Certaines sont spécifiques à la MRPA ou à la MRS.

²⁹ Le profil « D » n'est pas, à ce jour, reconnu en MRS.

³⁰ Indépendamment des aides à l'emploi régionales.

Tableau 20 : Composantes du forfait en MRPA et en MRS.

	MRPA	MRS
PARTIE A1	Le financement du personnel normé à savoir les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier, l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie	
		Les soins de kinésithérapie
PARTIE A2	Une intervention destinée à encourager l'utilisation de moyens de soins supplémentaires	
PARTIE A3	Une intervention destinée à couvrir l'harmonisation des barèmes de tous les membres du personnel soignant disposant de la qualification d'aide-soignant	
PARTIE B1	Le financement du matériel de soin	
PARTIE B2	Le financement des produits et du matériel destinés à prévenir les maladies nosocomiales	
PARTIE C	La formation et la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs dans les MRPA/ MRS (sous certaines conditions)	
PARTIE D	Une intervention partielle dans les frais d'administration et dans le coût de la transmission des données	
PARTIE E1		Le complément fonctionnel pour l'infirmière en chef MRS
PARTIE E2	Le complément de fonction pour l'infirmière en chef, le paramédical en chef ou le coordinateur infirmier ayant au moins une ancienneté barémique de 17 ans	
PARTIE E3	Le financement du référent pour la démence	
PARTIE F		Le financement du médecin coordinateur et conseiller
PARTIE G	Un financement supplémentaire pour le court séjour	
PARTIE H	Le financement de la formation du personnel en matière de démence dans les MRPA/ MRS (sous certaines conditions)	

La **partie A1** finance le coût salarial du personnel de soins dont doit disposer la MRPA et la MRS au regard du profil de dépendance des résidents et des normes qui y sont associées. Ce coût salarial dépend notamment de l'ancienneté moyenne par qualification du personnel de soins dans l'institution.

En cas de non-respect des normes en personnel, le financement de la partie A1 est réduit et la partie A2 n'est pas due à l'institution. Par contre, si l'institution dispose de personnel de soins au-delà de la norme, la **partie A2** couvre partiellement ces moyens supplémentaires. Cette partie s'élève à 78 % de la différence entre le coût du personnel présent et le coût du personnel financé avec un maximum de 9,74 % de la partie A1.

Le financement du personnel (parties A1 et A2 de l'allocation forfaitaire) constitue quelque 97% du montant total du forfait.

En ce qui concerne la facturation, l'institution établit, par trimestre et par bénéficiaire, une note de frais individuelle. Cette note de frais correspond à la facturation du forfait journalier sur base des présences du résident au sein de la structure. Le paiement de ces notes de frais est versé à l'établissement par la mutualité de l'affilié par le biais d'un mécanisme d'avances et de régularisations.

Aucun élément financé dans le cadre du forfait ne peut faire l'objet d'une facturation au résident.

Le financement de l'harmonisation des barèmes (troisième volet)

L'intervention « 3ème volet » finance le coût supplémentaire (du personnel suite à l'application des accords sociaux) supporté par les maisons de repos et maisons de repos et de soins pour :

- **le personnel soignant** salarié ou statutaire en plus des normes de financement (c'est-à-dire le personnel non financé par la partie A1),
- **le personnel administratif** salarié ou statutaire,
- **le personnel ouvrier et technique** (logistique) salarié ou statutaire.

Tableau 21: Montants de l'intervention « 3ème volet » pour le personnel de soins par qualification au 01/01/2016

QUALIFICATION	COÛT SALARIAL '3ÈME VOLET' PAR ETP
INFIRMIER A1	6.870,71 €
INFIRMIER A2	6.509,74 €
AIDE-SOIGNANT	10.445,31 €
KEL	3.090,82 €
PRR	3.090,82 €

Contrairement au forfait que les MRPA/MRS facturent aux mutualités, l'intervention « 3ème volet » est directement payée par l'INAMI aux institutions sous la forme d'un système d'avances trimestrielles et d'un décompte annuel final.

Le financement des mesures de fin de carrière

Le personnel de soins employé dans les MRPA, MRS et CSJ bénéficie de mesures de fin de carrière dès l'âge de 45 ans. Une de ces mesures est octroyée sous la forme d'une réduction du temps de travail (RTT) avec maintien du salaire. La seconde, exclusivement réservée aux praticiens de l'art infirmier, consiste au maintien du temps de travail moyennant la rétribution d'une prime.

La législation³¹ prévoit 3 sauts d'âge avec 3 niveaux de RTT ou de prime:

- **à partir de 45 ans** : 96 heures de RTT par an ou une prime égale à 5,26 % du salaire,
- **à partir de 50 ans** : 192 heures de RTT par an ou une prime égale à 10,52 % du salaire,
- **à partir 55 ans** : 288 heures de RTT par an ou une prime égale à 15,78 % du salaire.

Le bénéfice de cette mesure est également prévu pour les membres du personnel qui pendant une période de référence de 24 mois ont cumulé au moins 200 heures (pour un temps-plein) de prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus).

L'INAMI intervient dans le coût des membres du personnel « remplaçants » qui sont engagés pour compenser les membres du personnel en RTT et dans le coût de la prime.

³¹ Arrêté royal du 15 septembre 2006 portant exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, en ce qui concerne les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière

Tableau 22 : Montants prévisionnels budgétaires pour les MRS, MRPA et CSJ pour l'année 2015 par Région³²

RÉGION FLAMANDE	77.050.000 €
RÉGION WALLONNE	35.329.000 €
RÉGION BRUXELLOISE	10.751.000 €

Les subsides à l'investissement

La Région Wallonne peut accorder un subside à l'investissement en cas de construction, d'extension ou de reconditionnement d'une maison de repos. Le taux de subsides s'élève à un maximum de 60% avec une intervention maximale fixée selon le type d'investissement (Ex : Construction : 90.000 €/lit).

Au-delà de ce coût maximal, un subside peut être octroyé, sous conditions, pour l'achat d'équipements ou de mobilier spécifiques en vue de répondre aux normes d'agrément, pour les aménagements des abords et des parkings ou encore pour la création de surfaces supplémentaires en vue de répondre aux normes spécifiques relatives à l'accueil et à l'hébergement des aînés désorientés (unité adaptée).

Ces subsides sont toutefois limités aux A.S.B.L., C.P.A.S., fondations, associations créées en vertu du chapitre XII ou intercommunales.

2.1.2. Les soins infirmiers

La MRPA et la MRS doivent disposer de leur propre personnel infirmier. L'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixe la norme et le financement de ce personnel.

La norme en personnel infirmier varie selon le degré de dépendance : au plus le profil du résident est « lourd », au plus la norme en personnel infirmier augmente.

Le tableau ci-dessous présente la norme exprimée en équivalent temps plein infirmier par résident selon le profil de dépendance et le secteur d'admission:

Tableau 23 : ETP infirmier par résident par profil de dépendance

PROFIL DE DÉPENDANCE	MRPA	MRS
O	0,008 ETP	
A	0,040 ETP	
B	0,070 ETP	0,167 ETP
C	0,137 ETP	0,167 ETP
CD	0,137 ETP	0,167 ETP
D	0,040 ETP	

Le nombre de praticiens de l'art infirmier A1 financé dans le cadre de la partie A1 du forfait s'élève à 30 % maximum de la norme théorique en personnel infirmier.

Les institutions agréées pour des lits MRS doivent garantir la présence permanente de personnel infirmier.

³² Source : INAMI. Calcul technique 2015

2.1.3. Les soins de kinésithérapie

Les soins de kinésithérapie font l'objet d'un mécanisme de délivrance et de financement distinct selon le secteur (MRPA ou MRS).

En maison de repos pour personnes âgées, les prestations de kinésithérapie sont effectuées sur prescription médicale dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé. Les prestations à l'acte sont facturées par le prestataire de soins au résident sur base d'honoraires. La MRPA

n'a donc pas l'obligation de disposer de kinésithérapeute. Dans la pratique, il est souvent fait appel à des prestataires externes indépendants.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé varie selon le type de prestation, le régime du bénéficiaire (régime préférentiel / régime non préférentiel) et le statut du prestataire (conventionné / non-conventionné).

Tableau 24 : Honoraires de kinésithérapie en MRPA/MRS au 01/01/2016

CATÉGORIE DE PRESTATION	PRESTATION	TIMING	MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BÉNÉFICIAIRE				
			HONORAIRES	BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
				CONVENTIONNÉ		CONVENTIONNÉ	
				INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODÉRATEUR
PATHOLOGIES ORDINAIRES	18 SÉANCES	20'	13,23€	8,30€	4,93€	10,80€	2,43€
	APRÈS 18 SÉANCES.	20'	13,23€	3,96€	9,27€	5,28€	7,95€
PATHOLOGIES AIGÛES	60 SÉANCES	20'	13,23€	9,98€	3,25€	11,97€	1,26€
	APRÈS 60 SÉANCES.	20'	13,23€	5,51€	7,72€	6,61€	6,62€
PATHOLOGIES CHRONIQUES	60 SÉANCES	20'	13,23€	9,98€	3,25€	11,97€	1,26€
	APRÈS 60 SÉANCES.	20'	13,23€	7,94€	5,29€	10,59€	2,64€
PATHOLOGIES LOURDES	PAS DE LIMITATION	20'	13,23€	10,64€	2,59€	12,24€	0,99€

Le système du tiers payant qui dispense l'assuré, sous certaines conditions, d'avancer le montant de l'intervention de l'assurance obligatoire est d'application sous certaines conditions.

Si le mode de tarification des prestations de kinésithérapie en MRPA est similaire à celui du secteur des soins à domicile, le temps de prestation et le montant des honoraires sont inférieurs.

Tableau 25 : Temps de prestation et honoraires de kinésithérapie selon le lieu d'habitation

	LIEU	TIMING	HONORAIRE
	DOMICILE	30 minutes	22,65 €
	MRPA	20 minutes	13,23 €

En maison de repos et de soins, la norme en kinésithérapeute est fixée au même titre que la norme en ergothérapeute et / ou en logopède (KEL). La législation prévoit que :

« La norme de personnel doit s'élever, par 30 résidents, à 1 équivalent temps plein kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède, étant entendu que les deux premières disciplines sont dans tous les cas suffisamment représentées au sein de l'établissement et qu'il s'agit de personnel salarié ou nommé à titre définitif; la logopédie est offerte en fonction des besoins des résidents³³; »

Les prestations de kinésithérapie sont réalisées par des prestataires salariés de la maison de repos et de soins et, à ce titre, financées à l'établissement via la partie A1 de l'allocation forfaitaire. Contrairement au domicile et à la MRPA, le résident de la MRS n'a donc aucune participation financière aux soins de kinésithérapie.

Comme l'indique le tableau ci-dessous, la norme en KEL en MRS n'évolue pas selon le degré de dépendance du résident.

Tableau 26 : ETP KEL par résident et par profil de dépendance.

PROFIL DE DÉPENDANCE	MRPA	MRS
O	En fonction des besoins	
A		
B		0,033 ETP
C		0,033 ETP
CD		0,033 ETP
D		

Par ailleurs, dans le calcul de la partie A1, les institutions peuvent, sous certaines conditions, obtenir des financements complémentaires notamment dans cette qualification en fonction du nombre moyen de résidents en catégorie « 0 » et « A » pendant la période de référence.

2.1.4. Les prestations paramédicales

Comme évoqué au point 2.1.3, la maison de repos et de soins doit disposer d'un kinésithérapeute/ergothérapeute à raison de 0,033 ETP par résident.

L'engagement d'un logopède est facultatif mais le résident doit pouvoir bénéficier de ses services sur prescription médicale sans supplément, qu'il soit hébergé dans le secteur MRPA

ou MRS (la prestation du logopède ne peut être tarifée à l'OA).

L'AM du 6 novembre 2003 prévoit, par ailleurs, que la MRPA et la MRS doivent disposer de personnel de réactivation « *qui accomplit des tâches de réactivation, de rééducation et de réintégration sociale* ». Le personnel de réactivation couvre les qualifications suivantes :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation;

³³ Annexe 1re de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

- graduat ou baccalauréat en diététique;
 - graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie;
 - graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité;
 - licence ou master en psychologie;
 - graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie;
 - graduat ou baccalauréat d'assistant social ou « in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmière sociale ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire;
 - « bachelor of master in het sociaal werk »;
 - « graduaat of bachelor in de gezinswetschappen »;
 - licence ou master en gérontologie;
 - graduat ou baccalauréat d'éducateur ;
 - « bachelor na bachelor opleiding psychosociale gerontologie ».
- La norme en personnel de réactivation (exprimée en équivalent temps plein par résident) varie selon le profil de dépendance du résident et selon le secteur (MRPA/MRS) :

Tableau 27 : ETP PRR par résident et par profil de dépendance.

PROFIL DE DÉPENDANCE	MRPA	MRS
O		
A		
B	0,012 ETP	0,003 ETP
C	0,013 ETP	0,020 ETP
CD	0,013 ETP	0,020 ETP
D	0,042 ETP	

2.1.5. Les soins médicaux

La MRPA et la MRS doivent garantir le libre choix du médecin traitant par le résident. Sa visite est sollicitée à la demande du résident et/ou en fonction de l'état de santé de celui-ci.

La tarification des prestations du médecin généraliste en MRPA est similaire à celle pratiquée dans le secteur des soins à domicile. La nomenclature définit le montant de l'honoraire et de l'intervention de l'assurance obligatoire selon l'adhésion à la convention nationale, l'accréditation du médecin, l'âge du résident, l'existence d'un dossier médical global et le statut du bénéficiaire (malade chronique, bénéficiaire, non bénéficiaire). Ce montant peut également varier selon que la visite soit organisée à l'occasion d'un déplacement pour un, deux ou plus de deux bénéficiaires (Cf. supra).

2.1.6. Les frais pharmaceutiques

Les MRPA et MRS disposent, la plupart du temps, d'un mandat signé par le résident (ou son représentant) qui leur permet de commander auprès du pharmacien (avec lequel il existe une convention de collaboration) les spécialités pharmaceutiques prescrites par le médecin traitant et les produits en vente libre. La gestion de la pharmacie est assurée par un praticien de l'art infirmier.

Depuis le 1er avril 2015, les pharmaciens doivent tarifier par unité les spécialités remboursables sous forme orale solide délivrées aux patients qui résident en MRPA et en MRS.

Le ticket modérateur facturé au résident est calculé sur base du prix du plus grand conditionnement disponible et varie selon son statut. La tarification à l'unité se fait sous forme de blocs de 7 jours.

Par ailleurs, le pharmacien facture aux organismes assureurs le nombre d'unités délivrées et un honoraire de 3€ (TVA non comprise) par résident par semaine pour la délivrance.

A ce jour, les pharmaciens restent libres d'organiser les modalités de livraison des spécialités pharmaceutiques remboursables :

- Selon le conditionnement public c'est-à-dire par boîte,
- Selon une préparation de la médication individuelle manuelle ou robotisée (PMI),
- Par plaquette thermoformée.

Les délivrances occasionnelles, les spécialités chères, les spécialités inadaptées pour une délivrance fractionnée ou celles dont le statut "remboursable" change continuent à être tarifées par boîte.

Ce mode de tarification à l'unité devrait contribuer à une diminution :

- de la facture 'médicaments' à charge du résident,
- du coût de l'assurance soins de santé.



2.1.7. Les soins de pédicurie

Comme au domicile, les soins de pédicurie sont réalisés, sur prescription médicale ou à la demande du résident, par un prestataire qualifié. Le coût de ce service est directement facturé par le prestataire de soins au patient.

Une éventuelle intervention financière, dont le montant et le nombre de séances est propre à chaque mutualité, peut être remboursée à la personne âgée.

2.1.8. Les soins esthétiques

Certaines MRPA/ MRS ont un salon de coiffure au sein de leur institution. Ces prestations sont réalisées à la demande du résident et lui sont facturées selon les tarifs du prestataire comme au domicile.

2.1.9. Les actes de la vie quotidienne

Les actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller à la toilette, la continence, s'alimenter) sont évalués sur base de l'échelle de KATZ. En MRPA et en MRS, ces actes sont essentiellement assurés par les aides-soignants.

L'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixe la norme et le financement de ce personnel.

Le tableau ci-dessous présente la norme en aides-soignants, exprimée en équivalent temps plein par résident, selon le profil de dépendance et le secteur (MRPA/MRS):

En maison de repos, l'obligation de continuité peut être assurée par un aide-soignant.

Ce personnel est financé via la partie A1 et A2 de l'allocation forfaitaire. La partie A3 couvre le coût lié à l'harmonisation des barèmes des aides-soignants dans les établissements du secteur privé, ou des droits équivalents dans les établissements du secteur public, à tous les membres du personnel soignant qui disposent d'un enregistrement définitif ou, le cas échéant, d'un enregistrement provisoire comme aide-soignant (Echelle barémique 1.35).

Tableau 28 : ETP aide-soignant par résident et par profil de dépendance.

PROFIL DE DÉPENDANCE	MRPA	MRS
O		
A	0,035 ETP	
B	0,133 ETP	0,173 ETP
C	0,169 ETP	0,207 ETP
CD	0,202 ETP	0,223 ETP
D	0,133 ETP	

2.1.10. Le matériel d'incontinence

Dans les MRPA et MRS, le coût du matériel d'incontinence est compris dans le prix de la journée d'hébergement.

Une ristourne de 0,32 € pour chaque journée d'hébergement est déduite du prix d'hébergement par l'institution sur la facture mensuelle de chaque bénéficiaire.

L'établissement récupère cette ristourne auprès de l'organisme assureur du bénéficiaire via la note de frais trimestrielle (cf. supra).

2.2. LE VOLET HÔTELIER EN MRPA/MRS

2.2.1. L'hébergement

En MRPA et en MRS, le prix de la journée d'hébergement couvre, au minimum, les frais de logement et/ou d'hôtellerie. Il comprend entre autres :

- la mise à disposition de la chambre, des espaces communs et du mobilier,
- les charges (électricité, eau, chauffage),
- l'entretien du bâtiment, des locaux et de la literie,
- la préparation et la distribution des repas.

Lors de l'admission dans l'institution, le bénéficiaire ou sa famille doivent être informés de façon précise du prix de la journée d'hébergement et de tous les suppléments éven-

tuels. Ces suppléments sont détaillés dans la convention d'hébergement signée entre le résident (ou son représentant) et le gestionnaire de l'établissement.

Toute modification du prix de la journée d'hébergement ou du prix d'un supplément doit être soumise préalablement au service compétent de la Région/Communauté, conformément à la réglementation en matière de prix (Transfert des compétences).

Le tableau ci-dessous présente un aperçu du prix d'hébergement moyen par région et par province selon le pouvoir organisateur (Données SPF économie – 1er semestre 2014)

Tableau 29 : Hébergement moyen par région et par province selon le pouvoir organisateur

PROVINCE		1 ^{ER} TRIMESTRE 2014
BRABANT WALLON	CPAS	39,28 €
	Privé	45,97 €
	ASBL	46,10 €
	Total	44,88 €
HAINAUT	CPAS	38,64 €
	Privé	41,53 €
	ASBL	41,07 €
	Total	40,87 €
LIÈGEW	CPAS	36,80 €
	Privé	38,07 €
	ASBL	39,77 €
	Total	38,00 €
LUXEMBOURG	CPAS	41,67 €
	Privé	39,92 €
	ASBL	60,14 €
	Total	41,60 €

NAMUR	CPAS	36,37 €
	Privé	36,55 €
	ASBL	38,88 €
	Total	37,02 €
RÉGION WALLONNE	CPAS	38,14 €
	Privé	40,05 €
	ASBL	40,93 €
	Total	39,80 €
RÉGION BRUXELLOISE	CPAS	42,43 €
	Privé	46,31 €
	ASBL	54,49 €
	Total	46,70 €
BELGIQUE	CPAS	43,03 €
	Privé	43,04 €
	ASBL	49,55 €
	Total	44,91 €

Source : Données SPF Economie – 1er semestre 2014

Le prix moyen en MRPA-MRS pour la Wallonie est inférieur au prix moyen de la Région Bruxelloise.

2.2.2. Les repas

La gestion des repas en MRPA/MRS est soumise à diverses réglementations :

- Les règles d'hygiène conformément aux exigences de l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire (AFSCA),
- Les normes en matière de confection et de distribution des repas (diversité des menus,

choix entre plusieurs menus, heures de distribution des repas, respect des régimes alimentaires,...) fixées par les normes d'agrément (COCOM et Région Wallonne).

Les repas étant intégrés dans le prix d'hébergement, les coûts supplémentaires à charge du résident sont les boissons et autres collations consommées en dehors des repas.

Selon l'enquête relative au budget des ménages 2012 (SPF économie), ces produits (boissons, biscuits, fruits,...) représentent un coût moyen de 0,91€ par personne par jour.

Tableau 30 : Coût des boissons et des collations en supplément

PRODUIT	MOIS
BISCUITS	68 €
FRUITS	110 €
BOISSONS	154 €
TOTAL	332 €
TOTAL PAR JOUR	0,91 €

2.2.3. Les tâches ménagères

Le personnel nécessaire à l'accomplissement des tâches hôtelières en MRPA/ MRS est régi par les normes d'agrément fixées par les Régions/Communautés :

En Région Wallonne, le cadre réglementaire prévoit:

« La maison de repos doit assurer les tâches de cuisine et restaurant, de lingerie et buanderie, l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux et répondre aux différentes exigences reprises dans les présentes normes.... »

Pour ce faire, la maison de repos dispose de personnel suffisant en nombre et en qualification. Au minimum, un équivalent temps plein pour quinze résidents est requis, au prorata du nombre de lits bénéficiaires d'un titre de fonctionnement ».

En Région Bruxelloise, l'Arrêté du 3 décembre 2009 précise que :

« L'établissement dispose de personnel suffisant en nombre et en qualification pour assurer les tâches de cuisine et restaurant, de lingerie et buanderie et pour assurer l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux afin qu'il soit répondu aux normes du présent arrêté. Au minimum, un équivalent temps

plein par quinze personnes âgées est requis. Si le nombre des personnes âgées est inférieur ou supérieur, le nombre d'emplois est fixé proportionnellement ».

Le personnel minimal dont doit disposer l'établissement s'élève donc à 0,0667 ETP/résident, ce qui représente 2,5 heures de travail par résident par semaine.

Le personnel hôtelier et administratif salarié et statutaire est financé par l'INAMI via l'intervention « 3ème volet ». Le montant de cette intervention s'élève à 10.061,28 €³⁴ par équivalent temps-plein par an dans le secteur associatif et commercial. Le secteur public, qui n'a pas l'obligation de déclarer ce type de personnel à l'INAMI, perçoit une intervention de l'INAMI qui correspond à un montant de 3.601,15€ par équivalent temps-plein soins.

Sur base des données de financement relatives au calcul de l'intervention « 3ème volet » pour l'année 2015, le montant de l'intervention pour le personnel hôtelier et administratif en MRPA, MRS et CSJ s'élève, tous secteurs confondus, à 60.028.430 € pour la Région Wallonne et à 17.264.926 € pour Bruxelles. Considérant le nombre de journées respectivement facturées pour ces Régions, le montant journalier de l'intervention s'élève à :

Tableau 31 : Coût régional par journée facturée de l'intervention '3ème volet' pour le personnel hôtelier/ administratif

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
	3,60€	3,53€

34_Montant au 01/01/2016.



2.2.4. Le matériel

En MRPA/MRS, la mise à disposition de chaises roulantes, de béquilles ou de tribunes ne peut pas être facturée au résident.

La législation prévoit, par ailleurs, que la MRS doit disposer du matériel requis en vue de la prévention des escarres et que chaque lit doit être réglable en hauteur et adapté aux besoins du résident.

2.2.5. La sécurité

L'Arrêté royal du 28 mars 2014 relatif à la prévention sur les lieux de travail définit les obligations des MRPA/MRS en matière de prévention contre les risques d'incendie. Les Régions/Communautés ont également défini un ensemble de normes architecturales et organisationnelles dont l'objectif est de garantir la sécurité du résident :

- Système de détection incendie dans chaque chambre et dans les locaux communs,
- Système d'appel du personnel de soins dans chaque chambre et dans les locaux accessibles à la personne âgée,
- Obligations architecturales pour garantir l'accessibilité (ascenseur, barre de maintien dans les couloirs, signalement des inégalités au niveau du sol,...),
- Contrôles trimestriels, semestriels ou annuels des installations électriques, de chauffage, de ventilation,

Les coûts liés à ces obligations sont intégrés dans le prix d'hébergement.



3. LA RÉSIDENCE-SERVICES

A ce jour, la résidence-services ne fait plus l'objet d'une programmation par les pouvoirs publics en fonction du nombre de personnes âgées. Selon les données relatives à l'état actualisé, il y a 2.491 logements en résidence-services en Région Wallonne. A Bruxelles, le nombre de logements s'élève à 1.692³⁵.

A. DÉFINITION

La résidence-services se définit comme un ou plusieurs bâtiments comprenant des équipements communs et des logements particuliers permettant aux personnes âgées de mener une vie indépendante tout en bénéficiant de services internes ou externes auxquels le résident

peut librement faire appel. La résidence-services peut être située sur le site d'une maison de repos. Si ce n'est le cas, elle doit établir un lien fonctionnel avec une MRPA.

La législation régionale définit les normes d'agrément auxquelles doivent satisfaire la résidence. Elle fixe, entre autre, la composition et la superficie des logements particuliers ainsi que les espaces communs à mettre à disposition des résidents.

Les tableaux ci-dessous détaillent les obligations réglementaires en matière de logement et de services selon la région.

Tableau 32 : Synthèse des dispositions légales relatives au logement par Région

	RW	COCOM
COMPOSITION LÉGALE DU LOGEMENT INDIVIDUEL	Une salle de séjour	
	Un espace cuisine avec hotte, frigo et table de cuisson	Une cuisine équipée avec cuisinière électrique avec four, hotte, four à micro-onde et frigo
	Une chambre à coucher	
	Une salle de bains et une toilette	
	Un raccordement téléphone / télédistribution	Un raccordement téléphone / télédistribution / internet
ESPACES COMMUNS OBLIGATOIRES	Un local « buanderie » (lessiveuse + séchoir)	
	Une salle polyvalente avec télédistribution	Une salle polyvalente disposant de la télédistribution et d'une borne internet
	Un WC accessible	
SUPERFICIE	35m ² (45m ² pour les logements mis en exploitation à partir du 01/01/2015)	32 m ² pour une personne et 40 m ² pour 2 personnes (la chambre séparée est d'au moins 12 m ²)

35...Source : InforHome 2016.

Tableau 33 : **Synthèse des services obligatoires et facultatifs en résidence-services selon la Région**

	RW	COCOM
SERVICES OBLIGATOIRES	Acquittement des appels dans les 15 minutes de sa survenance	Permanence de jour comme de nuit par un membre du personnel ayant une formation de secouriste
	Permanence de 7h00 à 19h00	
	Si la RS est établie sur le site d'une MR, la permanence peut être assurée par le personnel de l'institution moyennant un système d'appel et tout en garantissant la permanence de la MRPA	Si la RS est établie sur le site d'une MR, la permanence peut être assurée par le personnel de l'institution. L'effectif de nuit doit également être adapté (Norme MR calculée en fonction du nombre total de personnes âgées)
	L'entretien des locaux communs, l'aménagement des abords, l'entretien du bâtiment,...	
	L'entretien des vitres intérieures et extérieures	
SERVICES OBLIGATOIRES À DISPOSITION DES RÉSIDENTS QUI LE SOUHAITENT	Trois repas par jour	Les repas du midi et du soir
	Le nettoyage hebdomadaire du logement privé	Les services de l'aide familiale ou ménagère (via convention particulière)
	L'entretien du linge personnel	

B. LE FINANCEMENT

Le fonctionnement de la résidence-services n'est pas financé par les pouvoirs publics.

Comme pour les MRPA et les MRS, une subvention à la construction de l'infrastructure est accordée par la Région. Le taux des subsides s'élève à un maximum de 60% de l'investissement. En Région Wallonne, ce taux peut atteindre un maximum de 90% pour les résidences-services sociales³⁶. Ces subventions sont toutefois limitées aux secteurs public et associatif.



³⁶ Les logements de la résidence-services sociale sont destinés à des ménages âgés en état de précarité ou disposant de revenus modestes. Il s'agit d'un logement social au sens du Code wallon du Logement et de l'Habitat durable.

3.1. FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN RÉSIDENCE-SERVICES

3.1.1. Les soins infirmiers

La résidence-services doit être conventionnée à un ou plusieurs centres de coordination des soins et de l'aide à domicile. Si un résident hébergé au sein de la résidence-services doit bénéficier de soins infirmiers, il doit recourir aux services du centre de soins à domicile de son choix.

Le type de prestation, le remboursement et le mode de financement de ces soins sont similaires à ceux du domicile développés dans la première partie de cette étude.

Le personnel de la maison de repos et de soins de repos et de soins peut être amené à intervenir en cas d'urgence. Ces interventions ne peuvent toutefois faire l'objet d'une facturation au résident.

3.1.2. Les soins de kinésithérapie

Tout comme au domicile, les soins de kinésithérapie prescrits par un médecin généraliste ou spécialiste sont réalisés par des prestataires indépendants.

La classification des pathologies (pathologies ordinaires, aiguës, lourdes, chroniques et pour soins palliatifs) selon un système de codes nomenclatures est identique. Le remboursement des prestations et la quote-part des bénéficiaires sont similaires à ceux du domicile.

3.1.3. Les soins médicaux

Le bénéficiaire hébergé en résidence-services a le libre choix du médecin traitant. Il recourt à ses services en fonction de ses besoins.

Les honoraires et remboursements sont similaires à ceux du domicile : ils varient selon l'adhésion à la convention nationale et l'accréditation du médecin traitant, le lieu de consultation, le moment de la prestation, le type de bénéficiaire et l'existence éventuelle d'un DMG.

3.1.4. Les frais pharmaceutiques

Il n'y a pas de distinction entre le mode de prescription et de facturation des produits pharmaceutiques au domicile et en résidence-services.

3.1.5. Les soins de pédicurie et les soins esthétiques

Les prestations de pédicurie et de coiffure sont prestées et tarifées au même titre qu'au domicile.

3.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière

Il est peu fréquent que des aides familiales assistent une personne âgée hébergée en résidence-services. Le plus souvent, si un résident a besoin d'une aide à la vie quotidienne, il utilise les services payants proposés par la résidence-services.

Celle-ci a, en effet, l'obligation de proposer, entre autres, un service de nettoyage des logements privés. Ce service peut être assuré via le personnel de la résidence-services ou via l'aide de prestataires extérieurs avec lesquels elle est obligatoirement liée par convention. Ces services sont facturés au résident. Selon le rapport bisannuel de 2012, le montant mensuel moyen pour cette prestation s'élevait à 93 € (1 nettoyage par semaine).

Quelle que soit la région, la législation prévoit la mise à disposition d'un local « buanderie » pour l'entretien du linge personnel. Le résident peut donc procéder à l'entretien de son linge ou décider de déléguer celui-ci à la résidence-services. Selon le rapport bisannuel 2012, le coût moyen mensuel de ce service s'élevait à 54,4 €.

3.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER EN RÉSIDENCE-SERVICES

3.2.1. Les coûts liés au logement

A. LE LOYER

Le prix mensuel d'hébergement varie en fonction des éléments architecturaux particuliers et des caractéristiques du logement occupé.

Ce prix ne peut être augmenté que des suppléments qui correspondent à des services auxquels le résident peut faire librement appel. Comme pour le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, les prix sont soumis à notification et à l'approbation de l'autorité régionale compétente.

B. LES CHARGES LOCATIVES

A partir du moment où le logement est équipé d'un compteur individuel, les coûts des consommations d'eau, d'électricité et de chauffage du logement privé sont à charge de la personne âgée. Dans les faits, peu de structures disposent de tels équipements et les consommations énergétiques sont intégrées dans le prix journalier d'hébergement. Les taxes et impôts incombent, par contre, à la résidence-services (taxes communales, gestion des déchets, ...).

Tableau 34 : Prix moyen d'un logement selon la province

ZONE GÉOGRAPHIQUE		PRIX MOYEN
RÉGION WALLONNE	BRABANT WALLON	1.734€
	HAINAUT	1.238€
	LIÈGE	1.081€
	LUXEMBOURG	1.140€
	NAMUR	1.074€
	TOTAL	1.180€
RÉGION BRUXELLOISE		1.652€

Sources : SPW- DGO5 -Rapport bisannuel 2012 - Exploitation données Infor-Homes asbl 2014



3.2.2. Les repas

Chaque logement est équipé d'une cuisine permettant au résident de la résidence-services d'assurer la préparation de ses repas. Il peut également recourir au service de repas 'à la carte' obligatoirement proposé par la résidence-services. Les repas fournis par la résidence-services font l'objet d'une facturation.

Tableau 35 : Prix unitaire moyen des repas servis en Région Wallonne

PRIX UNITAIRE MOYEN PAR REPAS PAR JOUR	
PETIT DÉJEUNER	2,5€
DÎNER	6,5€
SOUPER	3,4€
TOTAL PAR JOUR : 12,4 €	

Source : Rapport bisannuel 2012



3.2.3. La sécurité

Les résidences-services doivent disposer d'un système d'appel permettant à la personne âgée de demander du secours sans quitter son logement privé. Elles ont également une obligation de permanence (Cf. supra) qui garantit à la personne âgée une intervention rapide en cas de problème.

3.2.4. Le matériel

L'ensemble des locaux communs et des logements privés de la résidence-services doivent être accessibles aux personnes à mobilité réduite. Un ascenseur doit être prévu lorsque le bâtiment compte un étage.

Par contre, le mobilier du logement privé est celui du résident. La résidence-services n'a aucune obligation en matière de mise à disposition de matériel spécifique (ex. lit électrique, chaise-percée, matelas prévention escarres,...)

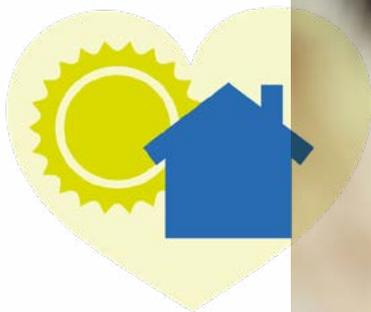
4. LE CENTRE D'ACCUEIL ET LE CENTRE DE SOINS DE JOUR

Les centres d'accueil sont peu développés en Région Wallonne et à Bruxelles.

Tableau 36 : Places d'accueil en fonctionnement selon la Région

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR	369 places	+/- 80 places agréées par la COCOF 0 place agréée par la COCOM
CENTRE DE SOINS DE JOUR	305 places	165 places

Sources : Etat actualisé des programmes d'implémentation au 01/06/2016 en RW – Inami 2014-2015 - Site COCOF.



4.1. FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN CENTRE D'ACCUEIL ET CENTRE DE SOINS DE JOUR

4.1.1. Définition

Le centre d'accueil complète généralement les services d'aide à domicile. Il permet à l'ainé de bénéficier d'un cadre sécurisant et adapté aux jours choisis.

Les normes relatives aux centres d'accueil sont définies par les autorités régionales. Dans la mesure où aucune place n'est agréée par la COCOM à Bruxelles, la législation présentée est celle de la COCOF.

Tableau 37 : Comparaison entre le centre d'accueil de jour et le centre de soins de jour

	CAJ	CSJ
DÉFINITION	<p>RW : Le centre d'accueil de jour est défini comme « un bâtiment ou partie d'un bâtiment, quelle qu'en soit la dénomination, situé au sein ou en liaison avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins, où sont accueillis, pendant la journée, des résidents, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale »³⁶</p> <p>COCOF : « Le service d'accueil de jour est un service destiné à accueillir en journée des personnes âgées d'au moins 60 ans afin de les aider à maintenir ou à rétablir un lien social, à favoriser leur autonomie et à les guider dans leurs démarches socio-sanitaires. ³»</p>	<p>« Le centre de soins de jour pour personnes âgées dépendantes est destiné aux personnes nécessitant des soins, étant entendu toutefois que leur état de santé général exige, outre les soins du médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux et kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne »⁴.</p>
CAPACITÉ D'ACCUEIL	<p>RW : De 5 résidents minimum à 15 résidents maximum.</p> <p>COCOF : de minimum 15 personnes et maximum 40 personnes accueillies simultanément</p>	<p>En Région Wallonne, l'ouverture de places en CSJ résulte de la requalification de places CAJ.</p>
PROFIL DES USAGERS	<p>Accessible à toutes les personnes âgées.</p>	<p>Réservé aux profils de dépendance B, C, Cd et D</p>
PERSONNEL	<p>RW : Présence permanente d'au moins un membre du personnel à l'intérieur du centre d'accueil.</p> <p>COCOF : Le service d'accueil de jour doit disposer d'au moins 1,5 ETP de personnel qualifié. Les qualifications admises sont : assistant social aide familial éducateur en gérontologie aide-soignant ergothérapeute.</p>	<p>Présence de personnel de soins qualifié salarié ou statutaire. Norme exprimée par résident⁵ Infirmier : 0,05 ETP Aide-soignant : 0,135 ETP KEL : 0,023 ETP PRR : 0.04 ETP Une permanence par l'une de ces qualifications doit être assurée pour garantir l'accueil et les soins aux personnes.</p>

FINANCEMENT	<p>RW : « Dans les limites des crédits budgétaires, les centres d'accueil de jour et/ou de soirée et/ou de nuit gérés par une personne morale de droit public ou une personne morale de droit privé sans but lucratif bénéficient d'une subvention de fonctionnement pour couvrir les frais de personnel, d'animation ou de coordination avec d'autres services ou des frais d'évaluation. Un montant forfaitaire fixé à 5 euros est accordé par jour et par résident effectivement présent. »⁶</p>	<p>Financement via une intervention journalière forfaitaire de l'INAMI. Le montant du forfait journalier est versé, par l'intermédiaire des organismes assureurs, pour chaque usager accueilli durant 6 heures minimum⁸. Pour l'année 2015, ce montant s'élève à 47,67 €.</p> <p>Intervention dans les frais de transport de 0,32 € par kilomètre directement payée au bénéficiaire par l'organisme assureur. La distance prise en considération est la distance entre le lieu de résidence effectif du bénéficiaire et le centre de soins de jour où il est admis⁹. Celle-ci est toutefois limitée à un maximum de 15 kilomètres par trajet.</p>
	<p>COCOF : Subvention forfaitaire de 60 000 euros à titre d'intervention dans les frais de personnel et de fonctionnement du service d'accueil de jour⁷.</p>	

- 1__ Art. 4 du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées (M.B. 23-01-2008)
- 2__ Annexe 2 de l'arrêté royal 21 SEPTEMBRE 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises (M.B. 28-10-2004).
- 3__ Arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour (M.B. 26-07-2000)
- 4__ Article 1502 du Code Réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.
Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées (M.B. 17-07-2009).
- 5__ Arrêté ministériel du 22 JUIN 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour (M.B. 26-07-2000).
- 6__ Arrêté royal du 12 OCTOBRE 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour (M.B. 27-10-2010).
- 7__ Article 1502 du Code Réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.
- 8__ Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées (M.B. 17-07-2009).
- 9__ Arrêté ministériel du 22 JUIN 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les centres de soins de jour (M.B. 26-07-2000).
- 10__ Arrêté royal du 12 OCTOBRE 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les frais de transport des bénéficiaires admis dans un centre de soins de jour (M.B. 27-10-2010).

En Région Wallonne, la législation prévoit que le centre d'accueil de jour doit être accessible au moins 5 jours par semaine et au minimum entre 8 heures et 18 heures chaque jour³⁷. A Bruxelles (COCOF), le service d'accueil de jour accueille les bénéficiaires au moins trois jours par semaine, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. L'accueil doit être offert pendant au moins 7 heures par jour, entre 8 h30 et 18 heures³⁸.

Un programme d'animation et d'activation doit être prévu quotidiennement; celui-ci peut être commun à la MR.

La majorité des centres d'accueil sont localisés sur le même site qu'une maison de repos. Si ce n'est le cas, il doit être conventionné avec une MRPA/MRS.

37__ Annexe 122. Normes applicables aux centres d'accueil de jour, de soirée et/ou de nuit et aux centres de soins de jour.

38__ Art. 162 de l'arrêté 2008/1561 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées.

4.1.2. Les soins infirmiers

Usagers du centre d'accueil de jour

Les soins infirmiers à destination des usagers d'un centre d'accueil de jour sont pris en charge et facturés selon les règles applicables au secteur des soins à domicile.

Si le personnel infirmier de la maison de repos est amené à intervenir pour le centre d'accueil (ex. : distribution médicaments,...), les prestations ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation au résident.

Usagers du centre de soins de jour

Les prestations du personnel infirmier durant les heures de présence au centre d'accueil de jour sont financées via le forfait versé à l'institution.

En dehors des heures durant lesquelles le bénéficiaire est admis dans un centre de soins de jour, il peut faire appel au service de soins infirmiers à domicile.

4.1.3. Les soins de kinésithérapie

Usagers du centre d'accueil de jour

Les personnes âgées admises en centre d'accueil qui doivent bénéficier de soins de kinésithérapie font appel à des prestataires indépendants. Le type de prestation, le remboursement et le mode de financement de ces soins sont similaires à ceux du domicile développés dans la première partie de l'étude.



Usagers du centre de soins de jour

Le forfait journalier octroyé au centre de soins de jour couvre les prestations de kinésithérapie, celles-ci ne font donc pas l'objet d'une facturation au résident.

Une facturation des soins de kinésithérapie à l'acte sur base de la nomenclature est autorisée à condition que ces prestations aient lieu en dehors des heures durant lesquelles le bénéficiaire est admis dans un centre de soins de jour.

4.1.4. Les soins médicaux

Le bénéficiaire accueilli en centre d'accueil ou centre de soins de jour a le libre choix du médecin traitant. Il recourt à ses services en fonction de ses besoins.

Les honoraires et remboursements sont basés sur la nomenclature applicable au secteur des soins à domicile (Cf. supra).

4.1.5. Les frais pharmaceutiques

Il n'y a pas de distinctions entre le mode de prescription et de facturation des prestations pharmaceutiques entre le centre de jour et le domicile. Si nécessaire, un praticien de l'art infirmier du centre assure l'approvisionnement, la gestion, la distribution et l'administration des médicaments, sans supplément.

4.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière

Durant les heures de présence au centre d'accueil, l'utilisateur bénéficie, sans supplément, de l'aide pour les activités de la vie journalière. En dehors du centre, la personne âgée peut faire appel :

- À une aide familiale pour assurer des tâches de la vie quotidienne,
- Aux services prestés via les titre-services,
- À de la garde à domicile,
- ...

4.1.7. Le matériel d'incontinence

En centre de soins de jour, le matériel d'incontinence n'est pas compris dans le prix journalier.

4.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER EN CENTRE D'ACCUEIL ET CENTRE DE SOINS DE JOUR

4.2.1. Les coûts liés à la fréquentation du centre d'accueil de jour ou du centre de soins de jour

Pour chaque journée passée au centre d'accueil, un prix journalier est facturé au résident. Ce prix ne peut être supérieur au prix journalier d'hébergement de la MRPA- MRS au sein de laquelle le centre d'accueil est installé ou avec laquelle il est en liaison.

Seuls les biens et services librement choisis par le résident (ex : participation à une excursion, ...) peuvent faire l'objet d'un supplément.

4.2.2. Les repas

En centre de jour, le repas principal est inclus dans le prix journalier. Une collation et une boisson doivent être offertes aux résidents en milieu de matinée et en milieu d'après-midi.

Il est également possible de prendre le petit-déjeuner et le repas du soir moyennant supplément.

4.2.3. La sécurité

Les centres de jour sont soumis à des dispositions comparables aux maisons de repos et de soins en matière de sécurité (système détection incendie,...) et d'équipements (système d'appel localisable, ascenseur,...). Les locaux et espaces sanitaires doivent être adaptés et accessibles aux chaises roulantes.

4.2.4. Le matériel

En dehors de la chaise percée, le centre ne doit pas disposer de matériel spécifique.

En cas de dépendance, le matériel nécessaire (béquilles, chaise roulante, ...) est à charge du patient et peut être loué auprès de la mutualité selon les mêmes tarifs que le domicile (Cf. supra).



5. LE « MAXIMUM À FACTURER »

L'étude a, entre autre, comme objectif d'évaluer le coût sanitaire lié à la perte d'autonomie et/ou d'indépendance d'une personne âgée. A ce titre, il convient d'intégrer «le maximum à facturer » dans l'analyse.

Le maximum à facturer (MAF) est un mécanisme qui plafonne le montant annuel de certaines dépenses de santé à charge du patient. Concrètement, dès que le montant des tickets modérateurs atteint un montant maximal (plafond), certains frais de santé sont intégralement pris en charge par le fédéral (via la mutualité).

Les tickets modérateurs comptabilisés et remboursés lorsque le plafond est dépassé sont notamment les suivants :

- les tickets modérateurs des honoraires des médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, paramédicaux... ;
- les tickets modérateurs des prestations techniques (Ex. : interventions chirurgicales, visites techniques, analyses de sang...) ;
- les tickets modérateurs des médicaments remboursables des catégories A, B et C ;
- l'intervention personnelle pour les préparations magistrales ;
- certains frais d'hospitalisation, comme la quote-part personnelle dans le prix de journée en hôpital général ;
- ...

Tableau 38 : Plafonds de tickets modérateurs par tranche de revenu pour l'année 2015

LIMITES DE REVENUS MAF PAR MÉNAGE - 2015	PLAFONDS
JUSQUE 17.780,17 €	450 €
ENTRE 17.780,17 – 27.333,69 €	650 €
ENTRE 27.333,70 – 36.887,24 €	1.000 €
ENTRE 36.887,25 – 46.024,70 €	1.400 €
A PARTIR DE 46.024,71 €	1.800 €

Source : INAMI

Il existe 2 types de maximum à facturer applicables aux seniors³⁹ :

1. Le maximum à facturer 'revenu',
2. Le maximum à facturer 'social'.

Le maximum à facturer 'revenu' est applicable à l'ensemble des bénéficiaires. Dans ce type de MAF, le plafond à partir duquel certains soins sont intégralement pris en charge par l'assurance soins de santé varie en fonction du revenu imposable du ménage.

Le maximum à facturer 'social' s'applique aux bénéficiaires de l'intervention majorée (régime préférentiel). Pour ceux-ci, le plafond est fixé à 450 € par an.

Quel que soit le MAF, le plafond peut être diminué de 100 € lorsque le total des parts personnelles d'un des membres du ménage s'élève à minimum 450 € pendant 2 années consécutives.

Le « maximum à facturer » est d'application pour les tickets modérateurs évoqués ci-dessus quel que soit le lieu d'habitation (domicile, MRPA, MRS ou résidence-services).

³⁹ Il existe un 3ème type de MAF qui s'adresse aux dépenses consenties pour un enfant de moins de 19 ans. Le plafond est de 650 € quel que soient les revenus du ménage.

OUTIL D'ANALYSE DES COÛTS

FEMARTOOL

????

INTERVENTION
ET COUVERTURE



COÛTS HÔTELIERS
ET SANITAIRES



PARAMÈTRES LIÉS À
LA PERSONNE ÂGÉE



L'objectif de l'étude est de comparer le coût à charge de l'individu d'une part et des autorités (fédérale ou régionales) d'autre part selon le contexte de vie et de dépendance d'une personne âgée. Pour atteindre cet objectif, un ensemble de coûts ont été identifiés et injectés dans une base de données. Cette dernière permet des comparaisons multidimensionnelles et évolutives de l'impact financier d'un contexte par rapport à un autre.

Dans cette seconde partie, nous allons développer l'outil de simulation et plus spécifiquement :

- les paramètres qui impactent les coûts,
- les hypothèses et les coûts pris en considération pour l'évaluation du coût global,
- les coûts exclus de l'étude,
- l'analyse de la ventilation des coûts à charge des pouvoirs publics et de la personne âgée.

1. PARAMÈTRES DE L'OUTIL

Dix paramètres ont été identifiés, dans l'étude, comme ayant une incidence sur les coûts sanitaires et/ou hôteliers.

1. La zone géographique

Trois zones géographiques ont été prises en considération :

1. Bruxelles,
2. Le Brabant Wallon,
3. Mons–Borinage.

Au sein de la Région Wallonne, il a été décidé de distinguer Mons du Brabant Wallon en raison des différences notables entre ces 2 zones en matière de :

- niveau de revenu individuel,
- niveau du coût des logements,
- niveau de coût d'hébergement dans les institutions,
- absence de facturation d'un ticket modérateur par certains prestataires à domicile dans la région de Mons-Borinage.

2. Le lieu d'habitation

Les alternatives en matière d'habitat développées dans l'étude sont les suivantes :

- Le domicile en tant que propriétaire,
- Le domicile en tant que locataire,
- La résidence-services,
- La maison de repos,
- La maison de repos et de soins.

Au domicile, la prise en considération de la notion de propriété est justifiée par la différence en matière de charges liées au logement (Cf. supra).

En institution, la distinction entre MRPA et MRS est liée aux différences de moyens financés. En effet, à profil de dépendance identique, pour le financement de la norme sans valorisation de la qualification KEL⁴⁰, selon que l'on se trouve en MRPA ou en MRS, nous avons un différentiel de :

- 16,47% en catégorie « Cd »,
- 23,51% en catégorie « C »,
- 59,53% en catégorie « B ».

3. Le régime d'assurabilité

Le régime d'assurabilité (préférentiel ou non préférentiel) influence :

- L'intervention du patient et de l'autorité fédérale pour certaines prestations de soins,
- Le « maximum à facturer ».

4. Le niveau de dépendance

Les niveaux de dépendance sont définis par l'échelle de Katz. Dans la mesure où cette échelle diffère selon le lieu de vie, une grille de concordance entre les scores du domicile et les scores en institution a été établie. Elle se résume comme suit :

40_Kiné-ergo-logo.

Tableau 39 : Grille de concordance entre les niveaux de dépendance selon l'échelle de Katz

	DOMICILE / RS	MRPA	MRS
	T2	O	
	T7	A	
	A	B	B
	B	C	C
	C	C	C
	C	Cd	Cd

Il est à noter qu'en l'absence d'une concordance parfaite entre ces deux échelles :

- la catégorie « C » en institution peut être assimilée à un forfait « B » ou « C » à domicile,
- que la catégorie « Cd » en institution ne trouve pas son corollaire à domicile. Cette catégorie a donc été « assimilée » au « forfait C » à domicile.

Le besoin d'assistance

Avec la perte d'autonomie, le recours à des soins ou à des aides pour les actes de la vie quotidienne peut s'avérer nécessaire. L'outil de simulation prend en compte la possibilité de faire appel à un ou plusieurs services selon le lieu de vie.

4. Services facultatifs à domicile :
 - Soins infirmiers,
 - Kinésithérapie,
 - Aide familiale,
 - Aide ménagère (via titre – services),
 - Livraison quotidienne d'un repas chaud par un service de repas à domicile.
 - Le recours à la **télé-assistance** pour le domicile
 - La location de **matériel adapté** (au domicile et en résidence-services)
 - La fréquentation d'un **centre d'accueil de jour**

- Le choix de fréquenter un centre d'accueil de jour est possible pour les bénéficiaires du domicile et de la résidence-services quel que soit leur profil de dépendance.
- La fréquentation d'un **centre de soins de jour**. Conformément à la législation, l'accès à un centre de soins de jour est limité aux profils B et C de l'échelle de Katz de la MRPA/MRS.
- La présence d'une **garde nuit** au domicile.

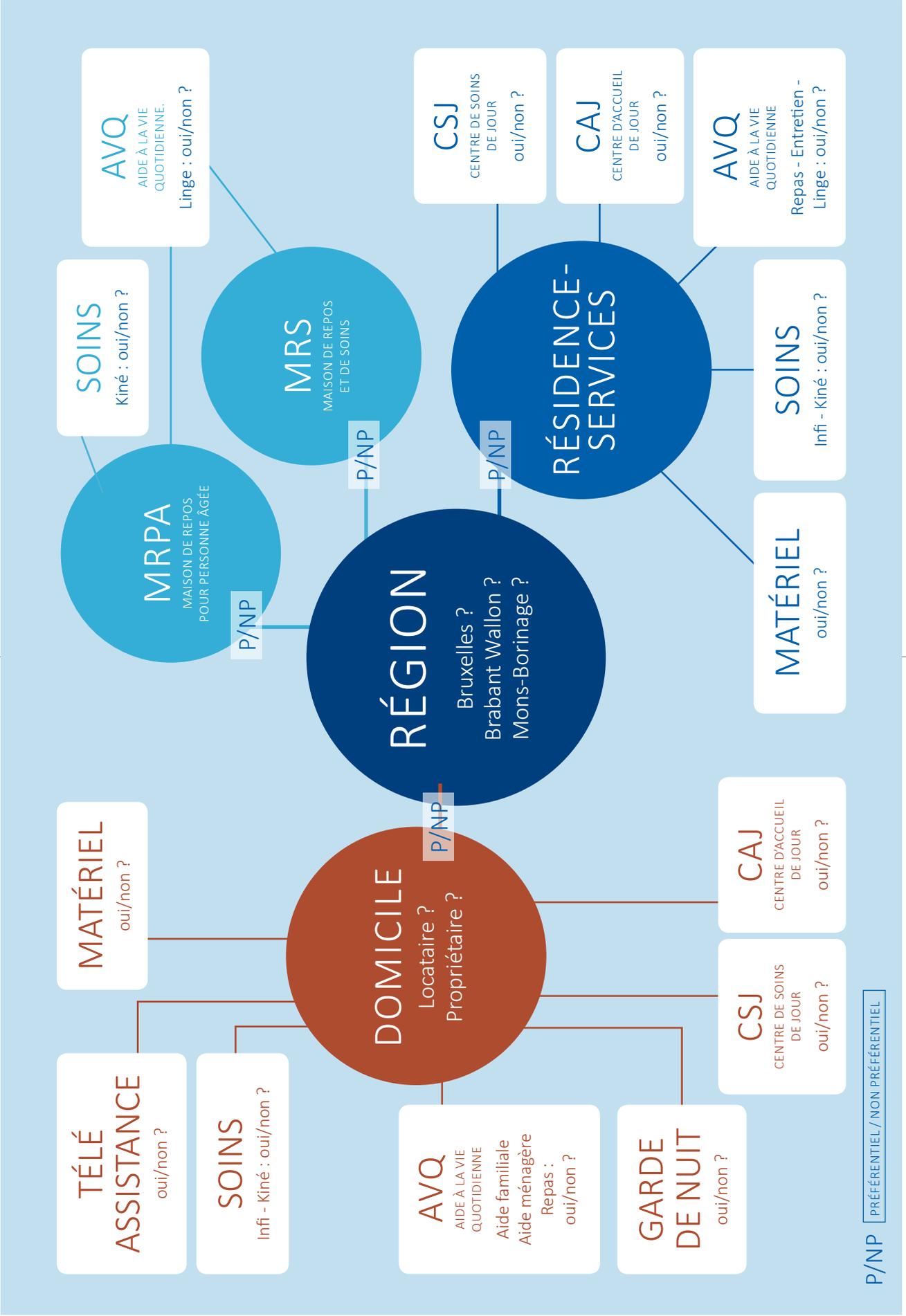
5. Services facultatifs en résidence-services :

- Soins infirmiers,
- Kinésithérapie,
- Entretien hebdomadaire du logement,
- Entretien du linge personnel,
- Forfait repas.

6. Services facultatifs en maison repos :

- Kinésithérapie en MRPA,
- Entretien du linge personnel.

La représentation graphique ci-après synthétise les différents paramètres qui influencent le coût pris en compte dans cette étude :



2. SYNTHÈSE DES COÛTS

Dans cette rubrique, nous allons détailler les coûts et hypothèses d'analyse de l'étude. Pour rappel, la plupart des montants pris en considération pour évaluer les coûts sanitaires et hôteliers sont issus :

- De la réglementation (codes nomenclatures, normes et barèmes de financement,...)
- D'enquêtes et statistiques du SPF Economie, du SPF Santé Publique, de l'INAMI, de la Région Wallonne,... (cf. approche théorique)

- De statistiques de centres d'aide aux familles ou de mutualités.

Pour certaines données, un travail de recherche a été réalisé afin de fixer un coût moyen sur base des tarifs officiels en vigueur.

Conformément à l'approche théorique, les coûts sont ventilés selon deux types : les coûts hôteliers et les coûts sanitaires. Ils sont exprimés en montant mensuel⁴¹.

2.1. LES COÛTS HÔTELIERS

Dans l'étude, les coûts hôteliers comprennent le logement et les charges qui en découlent, les denrées alimentaires et l'équipement du domicile (téléassistance et location de matériel). Ces coûts sont à charge de la personne âgée.

Selon le contexte, les frais suivants ont été distingués dans l'étude :

2.1.1. Les coûts liés au logement

Au regard des statistiques, les coûts à charge de l'individu afférents au logement diffèrent selon :

- la zone géographique,
- le lieu d'habitation,
- la situation en matière de propriété (propriétaire vs. locataire).

- Les frais locatifs au domicile ou en institution (sources : CEHD, Observatoire Régional de l'habitat, SPF économie)
- Les frais propres au propriétaire (évalués à 40% du revenu locatif annuel)
- Les charges fixes (énergie, assurances, frais de réparation, produits d'entretien,...) (source : SPF économie)
- Les frais de télécommunication (source : SPF économie).

Tableau 40 : Synthèse des coûts mensuels des charges de logement au domicile selon la zone géographique

COÛT	BRUXELLES	BRABANT WALLON	MONS-BORINAGE
LOCATION	695,00 €	713,53 €	484,18 €
CHARGES PROPRES AU PROPRIÉTAIRE	278,00 €	285,41 €	193,67 €
CHARGES FIXES	123,45 €	149,53 €	149,53 €
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	36,40 €	33,36 €	33,36 €

41_Montant mensuel = montant journalier * 30,33

Tableau 41 : Synthèse des coûts mensuels moyens des charges de logement en résidence-services selon la zone géographique

COÛT	BRUXELLES	BRABANT WALLON	MONS-BORINAGE
LOGEMENT	1.652 €	1.734 €	1.238 €
CHARGES FIXES	Compris dans le prix du logement		
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	36,40 €	33,36 €	33,36 €

Les statistiques du SPF économie relatives aux prix d'hébergement correspondent aux prix moyens que les établissements sont autorisés à facturer. A ce titre, ils ne prennent pas en compte la ristourne de 0,32 € par journée d'hébergement octroyée au résident dans le cadre du matériel d'incontinence. Un montant

de 9,71 €⁴² a donc été déduit du coût mensuel de l'hébergement.

En l'absence de données relatives au coût de la télécommunication en MRPA/ MRS, le montant de l'enquête relative au budget des ménages a été retenu pour l'étude.

Tableau 42 : Synthèse des coûts mensuels moyens des charges de logement en MRPA/MRS selon la zone géographique

COÛT	BRUXELLES	BRABANT WALLON	MONS-BORINAGE
HÉBERGEMENT	1.406,70 €	1.351,50 €	1.229,88 €
CHARGES FIXES	Compris dans le prix d'hébergement		
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	36,40 €	33,36 €	33,36 €

2.1.2. Les coûts liés aux repas et aux denrées alimentaires

L'évaluation du coût alimentaire est extraite des données relatives à l'enquête relative au budget des ménages du SPF économie, du rapport bisannuel 2012 de la Région Wallonne et d'une évaluation du prix moyen pratiqué par divers CPAS pour la livraison d'un repas à domicile.

Ce coût a été différencié selon :

- Le lieu de résidence,
- L'éventuel besoin d'assistance (livraison d'un repas chaud à domicile ou consommation de 3 repas en RS),
- La décision de fréquenter un centre de jour.

En MRPA/MRS, les repas sont compris dans le prix d'hébergement. Un montant mensuel supplémentaire de 27,60 € a toutefois été comptabilisé. Ce montant correspond aux collations personnelles du résident (boissons, friandises,...) et est issu de l'enquête relative au budget des ménages 2012 (SPF économie).

⁴² Montant mensuel de la ristourne octroyée au résident pour le matériel d'incontinence = 0,32€/jour * 30,33 jours.

Tableau 43 : Synthèse des coûts alimentaires mensuels selon le lieu d'habitation et le besoin d'assistance

	DOMICILE		RS		MRPA/MRS
	NON ASSISTÉ	ASSISTÉ	NON ASSISTÉ	ASSISTÉ	ASSISTÉ NON ASSISTÉ
DENRÉES ALIMENTAIRES TOTALES	181,38 €		181,38 €	27,60 €	27,60 €
REPAS SOUS-TRAITÉS		197,15 €		376,09 €	
DENRÉES ALIMENTAIRES HORS REPAS PRINCIPAL		118,29 €			
TOTAL PAR MOIS	181,38€	315,43€	181,38€	403,69€	27,60€

Si la personne âgée choisit de fréquenter un centre de jour, il a été considéré qu'elle s'y rend à raison de 10 fois par mois (cf. statistiques de fréquentation des centres d'accueil

– Rapport bisannuel 2014). Le repas principal étant généralement consommé dans le centre d'accueil, le coût de 10 dîners a été déduit du coût total.

Tableau 44 : Synthèse des coûts alimentaires mensuels en cas de fréquentation d'un CJ

	NON ASSISTÉ	ASSISTÉ
DOMICILE	160,57 €	250,43 €
RS	160,57 €	338,69 €

2.1.3. Le coût lié au service téléassistance

L'évaluation de ce coût repose sur une moyenne des coûts pratiqués par divers opérateurs publics et privés. En l'absence d'une différence si-

gnificative selon la zone géographique, celui-ci a été considéré comme identique lorsqu'un patient du domicile s'affilie à ce service.

Tableau 45 : Synthèse des coûts mensuels de la téléassistance selon le lieu d'habitation

	DOMICILE	RS	MRPA / MRS
SÉCURITÉ (TÉLÉASSISTANCE)	21,07 €	Inclus dans le prix du logement	Inclus dans le prix d'hébergement

2.1.4. Le coût lié à la location de matériel adapté

Dans l'étude, le matériel adapté comprend la location d'un lit électrique, d'un matelas anti-escarre et d'une chaise percée. Le coût correspond à la moyenne des tarifs appliqués par les mutualités suivantes : Partena, les mu-

tualités neutres, la mutualité libre, le centre de soins à domicile Wallonie Picarde, la Croix-Rouge de Belgique et la mutualité socialiste. Il n'y pas de différence de coût selon la zone géographique.

Tableau 46 : Synthèse des coûts mensuels de la location du matériel selon le lieu d'habitation

	DOMICILE/RS	MRPA / MRS
MOBILIER ADAPTÉ	106,27 €	Inclus dans le prix d'hébergement

2.2. LES COÛTS SANITAIRES

Par « coûts sanitaires », il convient d'entendre l'ensemble des coûts relatifs à la santé, aux soins et aux actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie et/ ou d'indépendance.

Dans la plupart des cas, les coûts sanitaires font l'objet d'une contribution du bénéficiaire d'une part et d'une intervention de la collectivité d'autre part. Selon le type de prestations, l'intervention de la collectivité sera de la compétence de la région ou du fédéral. La distinction entre ces deux entités est intégrée dans la synthèse.

2.2.1. Les coûts liés aux soins infirmiers à domicile et en résidence-services

Le coût total des soins infirmiers au domicile doit être réparti entre le bénéficiaire et le fédéral. Ce coût a été calculé sur base des tarifs de la nomenclature au 1er avril 2016 pour un prestataire conventionné (cf. supra). Si la personne âgée a besoin de soins infirmiers, le coût varie selon :

- le degré de dépendance,
- l'assurabilité,
- la zone géographique (Pour rappel, dans la région de Mons-Borinage, les infirmiers ne facturent pas de ticket modérateur au patient).

Tableau 47 : Synthèse des tarifs mensuels des soins infirmiers selon le degré de dépendance et le statut du bénéficiaire à Bruxelles et en Brabant-Wallon

CATÉGORIE DE DÉPENDANCE DOMICILE/RS	DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL
T2	19,76 €	59,54 €	2,17 €	77,13 €
T7	77,95 €	234,75 €	7,58 €	305,42 €
A	147,71 €	444,03 €	7,58 €	584,16 €
B	113,74 €	1.024,85 €	7,58 €	1.131,01 €
C	155,90 €	1.403,37 €	7,58 €	1.551,68 €



Tableau 48 : Synthèse des tarifs mensuels des soins infirmiers selon le degré de dépendance et le statut du bénéficiaire dans la région de Mons-Borinage

CATÉGORIE DE DÉPENDANCE DOMICILE/RS	DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL
T2	0,00 €	59,54 €	0,00 €	77,13 €
T7	0,00 €	234,75 €	0,00 €	305,42 €
A	0,00 €	444,03 €	0,00 €	584,16 €
B	0,00 €	1.024,85 €	0,00 €	1.131,01 €
C	0,00 €	1.403,37 €	0,00 €	1.551,68 €

En cas de fréquentation d'un centre de jour, il a été considéré que la personne âgée continue à bénéficier de soins infirmiers.

2.2.2. Le coût de la norme institutionnelle

Quand un bénéficiaire est « institutionnalisé », la région finance :

- Le personnel de soins normé (infirmiers, aide soignants, KEL, PRR) via la partie A1 du forfait,
- Le personnel de réactivation supplémentaire pour les profils O et A en MRPA⁴³,
- Le personnel de soins au-delà de la norme via la partie A2 du forfait,
- L'harmonisation des barèmes du personnel soignant via la partie A3,

- Le personnel de soins au-delà de la norme via le 3ème volet,
- Les mesures fin de carrière du personnel de soins de plus de 45 ans et du personnel assimilé via les « RTT ».

Ces financements ont été calculés sur base des données de financement pour la période de référence 2013-2014 (forfait 2015). Ils sont détaillés dans l'annexe I de l'étude.

Le coût régional de la norme institutionnelle varie selon :

- Le degré de dépendance des résidents,
- Le secteur d'admission (MRPA ou MRS),
- La zone géographique (en raison des différences d'ancienneté du personnel selon la région).



43...Le financement de la norme en personnel liée aux patients classés dans la catégorie de dépendance Ad n'a pas été pris en considération.

Tableau 49 : Synthèse du coût journalier du personnel de soins en institution selon le secteur, la catégorie de dépendance et la zone géographique⁴⁴, par résident

FINANCEMENT RÉGIONAL DES QUALIFICATIONS PAR CATÉGORIE DE DÉPENDANCE ET PAR JOUR (RÉGION WALLONNE)								
	CATÉGORIE	PARTIE A1	PRR	PARTIE A2	PARTIE A3	3ÈME VOLET	RTT	TOTAL
MRPA	O	1,44€	0,514€	0,14€	0,07€	2,21€	2,12€	6,49€
	A	11,66€	1,029 €	1,14€	0,07€	2,21€	2,12€	18,21€
	B	31,95€		3,11€	0,07€	2,21€	2,12€	39,46€
	C	48,45€		4,72€	0,07€	2,21€	2,12€	57,56€
	CD	52,96€		5,16€	0,07€	2,21€	2,12€	62,51€
	D	31,39€		3,06€	0,07€	2,21€	2,12€	38,84€
MRS	B	57,95€		5,64€	0,07€	2,21€	2,12€	67,99€
	C	65,03€		6,33€	0,07€	2,21€	2,12€	75,76€
	CD	67,29€		6,55€	0,07€	2,21€	2,12€	78,23€

FINANCEMENT RÉGIONAL DES QUALIFICATIONS PAR CATÉGORIE DE DÉPENDANCE ET PAR JOUR (BRUXELLES)								
	CATÉGORIE	PARTIE A1	PRR	PARTIE A2	PARTIE A3	3ÈME VOLET	RTT	TOTAL
MRPA	O	1,41€	0,514€	0,14€	0,07€	2,14€	2,20€	6,46€
	A	11,34€	1,029€	1,10€	0,07€	2,14€	2,20€	17,87€
	B	31,05€		3,02€	0,07€	2,14€	2,20€	38,47€
	C	47,12€		4,59€	0,07€	2,14€	2,20€	56,11€
	Cd	51,47€		5,01€	0,07€	2,14€	2,20€	60,89€
	D	30,61€		2,98€	0,07€	2,14€	2,20€	37,99€
MRS	B	56,48€		5,50€	0,07€	2,14€	2,20€	66,38€
	C	63,41€		6,18€	0,07€	2,14€	2,20€	73,98€
	Cd	65,58€		6,39€	0,07€	2,14€	2,20€	76,37€

44...Le détail du calcul est présenté à l'annexe 1

2.2.3. Les coûts liés à la kinésithérapie

Le coût total des soins de kinésithérapie doit être réparti entre le patient et le fédéral.

Il peut varier selon le lieu de résidence, le degré de dépendance et l'assurabilité du bénéficiaire.

Ce coût a été calculé sur base des tarifs de la nomenclature au 1er janvier 2016 et selon les hypothèses suivantes :

- les prestations de kinésithérapie ont lieu au domicile du patient (et non au cabinet),
- le kinésithérapeute est conventionné,
- les profils T2 à domicile et O en MRPA n'ont pas recours à de la kinésithérapie,
- les profils T7 à domicile et A en MRPA qui ont besoin de kinésithérapie « consommation » 18 prestations par an,
- les catégories A, B & C à domicile et B, C, Cd en MRPA⁴⁵ qui ont besoin de kinésithérapie bénéficient de 60 séances / an,
- si la personne âgée fréquente un centre de soins de jour, les soins de kinésithérapie sont pris en charge par celui-ci. Il n'y a donc pas de surcoût pour celle-ci.

Tableau 50 : Synthèse des coûts mensuels de la kinésithérapie selon la catégorie de dépendance, le lieu de résidence et le statut du bénéficiaire

CATÉGORIE. DOMICILE. – RS	CATÉGORIE. MRPA	DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		DOMICILE - RS BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL		MRPA BÉNÉFICIAIRE NON PRÉFÉRENTIEL		MRPA BÉNÉFICIAIRE PRÉFÉRENTIEL	
		COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL
T2	O	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€	0,00€
T7	A	10,73€	23,25€	4,59€	29,39€	7,40€	12,45€	3,65€	16,20€
A	B	35,75€	77,50€	15,30€	97,95€	16,25€	49,90€	6,30€	59,85€
B	C	35,75€	77,50€	15,30€	97,95€	16,25€	49,90€	6,30€	59,85€
C	Cd	35,75€	77,50€	15,30€	97,95€	16,25€	49,90€	6,30€	59,85€



⁴⁵ Pour rappel, en MRS, la kinésithérapie est financée par la Région via l'allocation forfaitaire. Elle ne peut donc pas faire l'objet d'un supplément pour le résident.

2.2.4. Les coûts liés aux soins médicaux

Selon les statistiques transmises par une union mutualiste, le nombre moyen de visites annuelles du médecin traitant au patient est le suivant:

Tableau 51 : Nombre de visites du médecin traitant selon la zone géographique et le lieu d'habitation en 2014

	DOMICILE/RS	MRPA/MRS
BRUXELLES	6,30	13,84
BRABANT-WALLON	6,40	12,28
MONS-BORINAGE	7,15	11,19

Le coût des soins médicaux a été calculé en multipliant le nombre de visites du médecin traitant par le tarif appliqué par un médecin généraliste conventionné au domicile d'un bénéficiaire de plus de 75 ans avec DMG (CN : 103132).

Les frais liés à la gestion du dossier médical global (soit 30€/an) ont été intégrés dans le coût fédéral.

Aucune réduction liée aux éventuelles visites groupées en institution n'est prise en compte.

Tableau 52 : Synthèse des coûts mensuels des visites du médecin traitant selon la zone géographique, le statut du bénéficiaire et le lieu d'habitation

	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE				COÛT MENSUEL FÉDÉRAL			
	NON PRÉFÉRENTIEL		PRÉFÉRENTIEL		NON PRÉFÉRENTIEL		PRÉFÉRENTIEL	
	Domicile RS	MRPA MRS	Domicile RS	MRPA MRS	Domicile RS	MRPA MRS	Domicile RS	MRPA MRS
BRUXELLES	4,73 €	10,38 €	1,05 €	2,31€	17,07 €	34,52 €	20,75 €	42,59 €
BRABANT-WALLON	4,80 €	9,21 €	1,07 €	2,05 €	17,31 €	30,91 €	21,04 €	38,07 €
MONS-BORINAGE	5,36 €	8,39 €	1,19 €	1,87 €	19,04 €	28,39 €	23,21 €	34,91 €

2.2.5. Les frais pharmaceutiques

Les frais pharmaceutiques sont pris en charge par le fédéral et par la personne âgée.

Les montants relatifs à l'intervention fédérale pour les spécialités pharmaceutiques remboursables ont été fournis par une union mutualiste. Ces chiffres concernent l'année 2014 et sont ventilés selon la zone géographique

et le lieu d'habitation. Ils ont été majorés de l'honoraire hebdomadaire de 3,18€ (TVA comprise) pour les résidents en MRPA/ MRS afin de prendre en compte la tarification à l'unité.

En l'absence de statistiques sur le coût mensuel des produits pharmaceutiques à charge de la personne âgée selon son lieu d'habitation,

nous avons évalué celui-ci sur base de l'étude de l'UNMS (Union Nationale des Mutualités Socialistes) 2016. Selon celle-ci, le coût moyen des produits pharmaceutiques (remboursables + non-remboursables) s'élève en moyenne à 48 €

par mois pour un résident en MRPA/MRS. Pour modéliser l'influence de la zone géographique et du lieu d'habitation, nous avons multiplié 48 € par un coefficient basé sur la variation de l'intervention fédérale selon ces 2 paramètres.

Tableau 53 : Synthèse des coûts mensuels des frais pharmaceutiques selon la zone géographique et le lieu d'habitation

ZONE GÉOGRAPHIQUE	DOMICILE/RS		MRPA/MRS	
	Coût mensuel bénéficiaire	Coût mensuel Fédéral	Coût mensuel bénéficiaire	Coût mensuel Fédéral
BRUXELLES	35,72 €	60,50 €	48,00 €	95,06 €
BRABANT-WALLON	35,78 €	60,60 €	38,65 €	79,46 €
MONS-BORINAGE	43,87 €	74,30 €	48,00 €	95,36 €

2.2.6. Les coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique

En l'absence de statistiques détaillées, nous posons l'hypothèse d'un coût identique à charge de la personne âgée quels que soient la zone géographique et le lieu d'habitation.

Tableau 54 : Coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique

	COÛT MENSUEL POUR LE BÉNÉFICIAIRE
PÉDICURIE	20 €
COIFFURE	25 €

2.2.7. Les coûts liés à l'aide familiale à domicile

Dans l'étude, il a été considéré que le recours à l'aide familiale est limité au locataire et au propriétaire du domicile. En effet, en résidence-services, il est peu fréquent que l'aide familiale intervienne en raison des services complémentaires obligatoirement mis à disposition par la résidence. En maison de repos, ce poste est intégré dans l'allocation forfaitaire.

Le bénéficiaire intervient pour chaque heure prestée en fonction de ses revenus soit en moyenne pour 6,5 € par heure⁴⁶. Quant à la Région, elle finance partiellement la rémunération du personnel. Sur base des barèmes et subventions complémentaires (frais de transport, prestations irrégulières), l'intervention régionale s'élève, en moyenne, à 28,5 €/ heure.

Afin de prendre en considération la diversité des situations, l'outil de simulation permet de fixer, indépendamment du niveau de dépendance et des limites d'heures fixées par la règlementation, le volume de prestations hebdomadaires souhaité.

Selon les statistiques fournies par un important service d'aide aux familles actif dans le Hainaut, la consommation hebdomadaire s'élèverait, en moyenne, à 4,5 heures d'aide familiale. Cette consommation moyenne représente un coût mensuel de :

- 118,26 € pour la personne âgée,
- 513 € pour la Région.

⁴⁶ Ce montant correspond au tarif moyen d'un SAFA en Région wallonne (Source : UVCW).

2.2.8. Les coûts liés à l'aide ménagère

L'évaluation du coût de ce service varie selon la zone géographique et le lieu d'habitation :

- A domicile**, les services de l'aide ménagère ont été valorisés par le biais des titres-services. Le coût à charge du bénéficiaire varie selon la région sur base d'un régime fiscal distinct : il s'élève à 8,1 € / heure en Région Wallonne et à 7,65 € à Bruxelles. L'intervention régionale est, par contre, identique (13,04 € / heure).

Selon une étude de Idéa Consult, la consommation hebdomadaire en titre-services des 65 ans et plus s'élève à 2,3 heures. Toutefois, afin de prendre en considération la diversité des situations, l'outil de simulation permet de fixer le volume de prestations hebdomadaires souhaité.

- En résidence-services**, il est obligatoire de proposer un service nettoyage et entretien du linge. Ces services sont facultatifs pour le résident.

Dans l'étude, les prix moyens pris en considération pour les 3 zones géographiques sont extraits du rapport bisannuel 2012 de la Région Wallonne. Le coût moyen pour l'entretien du logement s'élève à 93 €/mois ; celui pour l'entretien du linge à 54,4 €/mois. En résidence-services, il n'y a pas d'intervention de la collectivité.

- En MRPA/MRS**, les tâches ménagères sont comprises dans le prix d'hébergement. Le résident a toutefois la possibilité de solliciter l'entretien de son linge personnel, moyennant supplément. En l'absence de données pour ce secteur, le coût moyen pris en considération est celui de la résidence-services soit 54,4 €/mois.

Par ailleurs, une intervention pour le personnel hôtelier et administratif est octroyée à l'institution par la région via le financement « 3ème volet ». Celui-ci a été calculé pour la Région Wallonne et pour la Région Bruxelloise sur base des données de financement INAMI 2013-2014. Il s'élève respectivement à 3,60 € et à 3,53 € par jour et par résident.

Tableau 55 : Synthèse du coût mensuel de l'aide ménagère selon le lieu d'habitation, le besoin d'assistance et la zone géographique

		COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE		COÛT MENSUEL RÉGION	
		BW - MONS	BXL	BW - MONS	BXL
DOMICILE	NON -ASSISTÉ				
	ASSISTÉ	80,98 €	76,13 €	130,42 €	
RÉSIDENCE SERVICES	NON -ASSISTÉ				
	ASSISTÉ	147,40€			
MRPA/MRS	NON -ASSISTÉ				
	ASSISTÉ	54,4 €		109,18€ /résident	107,06€ /résident

2.2.9. Les coûts liés à la garde de nuit

Dans l'étude, le recours à la garde de nuit est un critère de choix accessible au bénéficiaire du domicile quel que soit son degré de dépendance. Le coût à charge du bénéficiaire a été évalué sur base d'une enquête auprès de prestataires : il s'élève à 6,7 €/ heure à raison de 11 heures par nuit.

Le coût à charge de la Région a été évalué sur base des subventions en Région Wallonne pour les activités de garde à domicile hors contingent : il représente un coût moyen de

3,95 €/ heure⁴⁷. La durée de la prestation de la garde malade est limitée à 11 heures par jour.

Afin de prendre en considération la diversité des situations, l'outil de simulation permet de fixer le volume de nuits souhaité par semaine.

En institution, la garde de nuit est assurée par du personnel soignant et/ou infirmier. Elle est intégrée dans le prix d'hébergement à charge du résident. La région intervient dans ce coût via l'allocation forfaitaire (Cf. supra).

Tableau 56 : Synthèse du coût mensuel pour 7 nuits de garde par semaine selon le lieu d'habitation

DOMICILE		MRPA/MRS	
COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL RÉGION	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL RÉGION
2.235,32 €	1.317,83 €	Inclus dans prix d'hébergement	Intégré dans l'allocation forfaitaire (Cf. supra)

2.2.10. Les coûts liés à l'incontinence

Le coût du matériel d'incontinence varie selon le lieu d'habitation.

○ **Au domicile et en résidence-services**, il a été considéré que seuls les forfaits B et C utilisent du matériel d'incontinence. Le coût a été évalué sur base d'une consommation de 3 protections par jour et d'un

prix moyen en grande surface. Il s'élève à un peu plus de 65 € par mois. Pour ces profils, le fédéral rembourse au bénéficiaire, via la mutualité, un forfait de 40,98 €/ mois.

○ **En MRPA/MRS**, le matériel d'incontinence est compris dans le prix d'hébergement. Le résident bénéficie d'une réduction de 0,32 € par jour d'hébergement. Celle-ci est financée par la région.

⁴⁷ Dans les faits, la plupart des services de garde de nuit fonctionnent avec du personnel subventionné par les Régions (Ex. Plan Marshall Vert, Maribel, APE, ACS,...). Ces aides à l'emploi ne sont pas prises en compte dans l'étude.

Tableau 57 : Synthèse du coût mensuel de l'incontinence selon le lieu d'habitation

DOMICILE/RS			MRPA/MRS		
CATÉGORIE	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL FÉDÉRAL	CATÉGORIE	COÛT MENSUEL BÉNÉFICIAIRE	COÛT MENSUEL RÉGION
T2	0 €	0 €	0	0 €	9,71 €
T7	0 €	0 €	A	0 €	9,71 €
A	0 €	0 €	B	0 €	9,71 €
B	25 €	40,98 €	C	0 €	9,71 €
C	25 €	40,98 €	Cd	0 €	9,71 €

2.2.11. Le coût lié à la fréquentation d'un centre de jour

A. LE CENTRE D'ACCUEIL DE JOUR

Le centre d'accueil de jour, au regard de la réglementation, est accessible à tous les profils de dépendance du domicile (T2, T7, A, B, C). Le coût à charge de la personne âgée est fixé par le centre d'accueil. Selon le rapport bisannuel 2014, le prix journalier moyen d'accueil en centre de jour est de 20,8 € et le taux de fréquentation avoisine 10 jours par mois.

Un subside de 5 € par jour de présence est octroyé par la Région aux centres d'accueil de jour associatifs et publics uniquement.

B. LE CENTRE DE SOINS DE JOUR

Le centre de soins de jour est réservé aux profils de dépendance B, C et Cd de l'échelle de Katz institutionnelle. Le prix moyen d'un centre de soins de jour est identique à celui d'un CAJ et s'élève à 20,8 € (Cf. Rapport bisannuel 2014). L'intervention de la région est fixe quel que soit le degré de dépendance et s'élève à 47,67 € par jour de présence au 01/01/2016. Il a, par ailleurs, été tenu compte de l'intervention de la région dans les frais de déplacement de 96 € par mois (30 km aller/retour).

Comme pour le centre d'accueil de jour, si le bénéficiaire opte pour ce service, il a été considéré qu'il s'y rend à raison de 10 fois par mois.

Tableau 58 : Synthèse du coût mensuel lié à la fréquentation d'un centre de jour.

DOMICILE / RS	CAJ BÉNÉFICIAIRE	CAJ RÉGION	CSJ BÉNÉFICIAIRE	CSJ RÉGION
T2	208 €	50 €		
T7	208 €	50 €		
A	208 €	50 €	208 €	572,7 €
B	208 €	50 €	208 €	572,7 €
C	208 €	50 €	208 €	572,7 €

2.2.12. Le « Maximum à facturer »

Le « maximum à facturer » plafonne le montant des tickets modérateurs à charge du bénéficiaire. Une fois le plafond atteint, le fédéral prend ces derniers à charge via les mutualités.

Les bénéficiaires sous statut « préférentiel » bénéficient automatiquement du maximum à facturer social. A ce titre, dans l'étude, dès que la somme des tickets modérateurs relatifs :

- aux honoraires du médecin généraliste,
 - aux honoraires du kinésithérapeute,
 - aux honoraires de l'infirmier,
 - aux médicaments remboursables⁴⁸,
- atteint 450 €, le solde est transféré vers le fédéral⁴⁹.

En ce qui concerne les bénéficiaires sous statut « non-préférentiel », le plafond qui fixe le maximum à facturer est lié au revenu imposable du ménage. Pour définir ce plafond, nous nous sommes basés sur les statistiques relatives au revenu total net imposable de la Direction Générale des statistiques- Revenus fiscaux (année de revenus 2013).

Tableau 59 : Revenu moyen par déclaration par zone géographique et seuil pour l'application du MAF

ZONE GÉOGRAPHIQUE	REVENU MOYEN PAR DÉCLARATION	SEUIL « MAF »
RÉGION BRUXELLES	26.871€	650€
MONS-BORINAGE	26.201€	650€
BRABANT-WALLON	35.533€	1.000€



⁴⁸ Selon les statistiques de consommation de Multipharma, le ticket modérateur représente environ 20% du coût mensuel des produits pharmaceutiques à charge de la personne âgée. Ce pourcentage a été appliqué au coût mensuel des produits pharmaceutiques à charge de la personne âgée développé au point 2.2.5. afin d'isoler le montant relatif au ticket modérateur à prendre en considération pour le MAF.

⁴⁹ Pour rappel, en l'absence de statistiques spécifiques, les tickets modérateurs liés aux frais d'hospitalisation, aux visites chez le médecin spécialiste, aux prestations techniques,n'ont pas été pris en considération dans l'étude. Le montant total des tickets modérateurs pris en compte pour l'application du MAF est donc sous-estimé.

2.3. COÛTS EXCLUS DE L'ÉTUDE

Divers coûts n'ont pas été intégrés dans l'étude notamment en raison de l'absence d'informations disponibles ou de leur faible fréquence. Dans cette section, nous détaillons ceux-ci.

- Le coût lié au maintien à domicile de **certains profils de bénéficiaires** :
 - Les patients palliatifs à domicile (cf. forfait soins palliatifs)
 - Les patients chroniques (ex. : allocation forfaitaire pour les frais de santé élevés⁵⁰)
 - Les patients diabétiques à domicile pour lesquels la réglementation prévoit des codes nomenclatures spécifiques (infirmières spécialisées)
 - Les profils D en MRPA et Coma en MRS.
- Le coût lié à **certains types de logement** :
 - l'accueil familial,
 - les habitats groupés participatifs,
 - les maisons d'accueil communautaire,
 - le centre d'accueil de soirée et/ou de nuit,...
- Le coût lié aux **frais d'hospitalisation**
Une hospitalisation a un coût à charge de la personne âgée et du fédéral.

En l'absence d'une assurance complémentaire, le patient doit prendre en charge les suppléments d'honoraires médicaux et les éventuels suppléments liés à l'occupation d'une chambre individuelle. Selon une étude de Solidaris, le coût moyen d'un séjour hospitalier facturé au patient s'élève à 450 € en 2012 (dont 275 € correspondent à des suppléments).

Quant au Fédéral, il prend en charge le financement du prix de la journée d'hospitalisation via un montant forfaitaire qui couvre les frais de séjour et les soins à l'hôpital. Ainsi, sur une facture globale de

5.458€, l'AMI intervient pour 5.002€ (soit pour 91,6%) et le patient pour les 456 € restant (Etude Solidaris « Dix ans de baromètre des coûts hospitaliers 2012 »).

- Le coût des **consultations médicales** chez un **médecin spécialiste** ou chez un logopède.
- Le coût régional lié au **subventionnement des Services de Coordination des Soins à Domicile (SCSAD)**.
Lorsqu'un bénéficiaire doit recourir à un ou plusieurs services d'aide ou de soins à domicile, il est fréquent qu'il s'adresse gratuitement à un SCSAD. Ce dernier est chargé de l'analyse de la situation et de l'environnement de la personne, de l'élaboration du plan d'intervention, de l'organisation de la planification des interventions en concertation avec les intervenants du domicile, ... Le pendant de ce service en institution peut être associé à l'infirmier chef dont le financement n'a pas été valorisé dans l'étude (parties E1 et E2 de l'allocation forfaitaire).
- Le coût de la **garde de jour au domicile**
- Le financement des fins de carrière dans le secteur des soins à domicile
- Les **financements complémentaires** dans le secteur des soins à domicile (informatique, cadres, formations...).
Il convient toutefois de noter que certains de ces financements ont une correspondance en institution via le forfait (Cf. Parties B à H de l'allocation forfaitaire⁵¹).
- Le coût personnel et collectif de **l'adaptation du logement**
Dans l'étude, la sécurisation et l'adaptation du domicile se limite à la location de matériel

⁵⁰ Cette intervention, soumise à conditions, est financée par le fédéral. Elle est octroyée aux malades chroniques qui sont confrontés à des frais de santé importants. Le forfait de base s'élève à 300,11€ par an mais peut être majoré à 450,18 ou à 620,23 € par an - Montant au 01/01/2014.

⁵¹ Ce financement représente moins de 3% du forfait.

(Lit/ matelas/ chaise percée) et au recours à de la téléassistance. Dans les faits, l'adaptation du logement d'une personne âgée en perte d'autonomie peut se révéler bien plus importante : installation de barres de maintien, achat d'un fauteuil adapté, création d'une douche de plain-pied, travaux d'aménagement d'une chambre au rez-de-chaussée, recours aux nouvelles technologies de surveillance (ex : domotique),...

Selon l'étude « Perspective sur l'avenir de nos soins », « *près de 40% des personnes âgées vivent dans un logement (fortement) inadapté : escaliers, absence de chauffage central, de toilettes ou de douche (adaptées), espace difficile à chauffer*⁵² ».

- Les **aides et primes diverses des mutualités, des pouvoirs locaux et provinciaux,...**
- Les **aides à l'emploi régionales et fédérales** dans le secteur des soins à domicile et en institution (ex : ACTIVA, APE, Maribel Social,...).

- Le coût régional lié à l'octroi d'une **allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)** L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) est une allocation sociale accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans en perte d'autonomie qui ont des revenus « modestes ». Elle vient en complètement de la pension de retraite ou de survie et/ou de la garantie de revenus aux personnes âgées (G.R.A.P.A.). Le montant mensuel maximum de cette allocation augmente avec la perte d'autonomie : il varie de 81,81 € à 549,15 €.

En Région Wallonne, 6,4% de la population de 65 ans et plus bénéficie d'une APA; dans la Région de Bruxelles-Capitale, 4,9%⁵³.

- Les **subsidés régionaux à l'investissement** pour les maisons de repos, maisons de repos et de soins et résidences-services des secteurs associatif et public.
- Le coût collectif lié à des **investissements en matière d'aménagement du territoire** (ex : trottoirs, transports, adaptation des in-



52_ Données des Belgian Ageing Studies, Trends 25 novembre 2015, P. De Decker.

53_ Répartition géographique du nombre de bénéficiaires d'une APA au 31/12/2014. SPF Sécurité sociale.

frastructures, ...) pour promouvoir le maintien à domicile.



3. ANALYSE DES COÛTS

L'objectif de l'étude est de quantifier le coût à charge de la personne âgée et de la collectivité selon le lieu d'habitation (domicile, résidence-services, MRPA, MRS).

Les coûts dégagés reposent sur une analyse multi-dimensionnelle qui prend en considération les paramètres suivants :

- La zone géographique,
- Le lieu d'habitation (avec une distinction propriétaire/ locataire pour les personnes à domicile),
- L'assurabilité,
- Le degré de dépendance,
- Le besoin d'assistance (soins infirmiers, kinésithérapie, aide familiale, aide ménagère, repas à domicile,...),
- Le recours à un service de téléassistance,
- L'adaptation du mobilier,
- La fréquentation d'un centre d'accueil de jour,
- La fréquentation d'un centre de soins de jour,
- Le recours à de la garde de nuit.

Il est à noter que l'étude se limite à poser des **constats d'ordre économique pour la personne âgée et pour la collectivité**. Elle ne présume pas de la qualité des soins et de l'accompagnement d'un contexte par rapport à un autre ou de la liberté individuelle d'opter pour le lieu de vie de son choix.

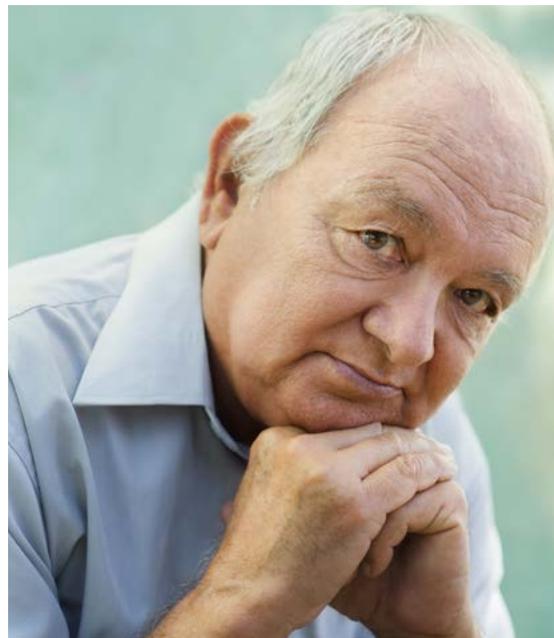
Par ailleurs, lors de l'interprétation des divers scénarios, il convient d'être attentif **aux limites suivantes** :

○ La comparabilité des profils de dépendance

L'échelle de Katz du domicile se distingue de l'échelle de Katz en MRPA/MRS. En conséquence, il est impossible d'assurer une concordance parfaite de la dépendance entre ces deux lieux de vie (Cf. supra : grille concordance).

○ La disponibilité de l'offre de soins et de services

Dans l'étude, le besoin d'assistance se concrétise par l'intervention de divers intervenants (infirmiers, kinésithérapeutes, service de repas à domicile, aide familiale, aide ménagère). L'analyse repose sur l'hypothèse que l'ensemble de ces services sont « disponibles ». Cette hypothèse est malheureusement mise à mal au regard de certains constats, témoignages ou études.



CETTE SECTION EST DIVISÉE EN 4 RUBRIQUES :

- 1 L'analyse du coût à charge de la personne âgée,
- 2 L'analyse du coût à charge de la Région,
- 3 L'analyse du coût à charge du fédéral,
- 4 L'analyse du coût à charge de la collectivité (Région + Fédéral).

Selon le scénario, les coûts sanitaires et hôteliers sont distingués. Les conclusions étant comparables quelle que soit la zone géographique, seuls les chiffres de la région de Mons-Borinage sont illustrés dans les graphes.

Bien que l'outil de simulation permette de moduler certains coûts (ex. : le coût du loyer, de l'hébergement en MR, du logement en RS) et le volume de recours à certains services (ex. : aide familiale, aide ménagère, garde de nuit, ...), certains scénarios développés dans cette section s'appuient sur les prix moyens développés dans la partie 2.

Ainsi, à Bruxelles, la pénurie en personnel infirmier, le sentiment d'insécurité, la densité du trafic et les problèmes de stationnement ont pour conséquences des difficultés de garantir la continuité en aide et soins à domicile⁵⁴. Le manque de disponibilité de certains services est également plus aigu le soir et le week-end et dans certaines zones rurales.

De même, l'accessibilité à un centre d'accueil de jour peut, selon la zone géographique, être entravée par le manque d'offre. A titre d'exemple, dans l'arrondissement de Mons, il y a 8 places en centre de soins de jour pour 21.072 personnes âgées de 75 ans et plus.

Tableau 60 : Nombre de places disponibles en centre d'accueil de jour pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus pour les régions étudiées.

	ARRONDISSEMENT MONS	ARRONDISSEMENT NIVELLES	BRUXELLES
CAJ	0,285	0,082	0,101
CSJ	0,004	0,061	0,209

Le manque de disponibilité « officielle » en garde de nuit a également été soulevé par divers intervenants.

○ **L'aidant proche**

L'aidant proche, quel qu'il soit (un membre de la famille, voisin, ami, volontaire, ...) est un partenaire essentiel. Selon l'enquête de santé 2013, en Belgique, 9% de la population (de 15 ans et plus) prodigue au moins une fois par semaine de l'aide ou des soins à un membre de leur ménage, de leur famille et/ou à une personne extérieure à la famille. Parmi celle-ci, un cinquième des aidants – surtout parmi les personnes âgées- indiquent consacrer 20 heures par semaine à apporter une aide informelle.

Le soutien et l'aide que l'aidant apporte à la personne âgée en perte d'autonomie influence fortement la décision de maintien à domicile et le besoin d'assistance. En l'absence de statistiques précises et, à ce jour, de valorisation financière de l'aidant

proche, la présence et l'assistance de celui-ci n'ont pas été quantifiées dans cette étude.

Les scénarios doivent donc être interprétés comme étant **d'application pour une personne âgée vivant seule à domicile ou en résidence-services**.

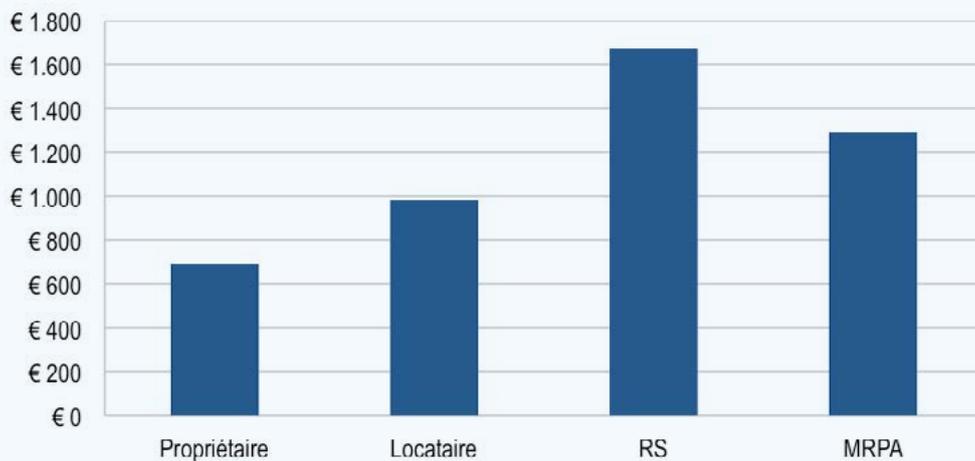
- La variabilité du volume de consultations médicales et de médicaments selon le degré de dépendance
- En l'absence de données ventilées selon le degré de dépendance, le volume de consultations médicales et de médicaments pris en considération est fixe quelle que soit la perte d'autonomie. Dans les faits, il est probable qu'un lien existe entre ces deux variables.
- Le pouvoir organisateur : diverses études et statistiques indiquent que les prix d'hébergement et de logement varient selon le pouvoir organisateur. Ce critère n'a pas été pris en considération dans l'étude.
- L'exclusion de certains coûts (cf. supra « Coûts exclus de l'étude »)

54 _ Cf. « Étude de programmation pour Bruxelles », 2012.

3.1. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE

C'EST EN RÉSIDENCE-SERVICES QUE LE COÛT HÔTELIER À CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE EST LE PLUS ÉLEVÉ.

Graph 8 : Coût hôtelier moyen mensuel à charge de la personne âgée selon le lieu d'habitation (Bénéficiaire non préférentiel - Catégorie T2 non assisté / O MRPA – Région Mons-Borinage)



Le coût hôtelier plus élevé de la résidence-services par rapport à la MRPA/MRS s'explique par :

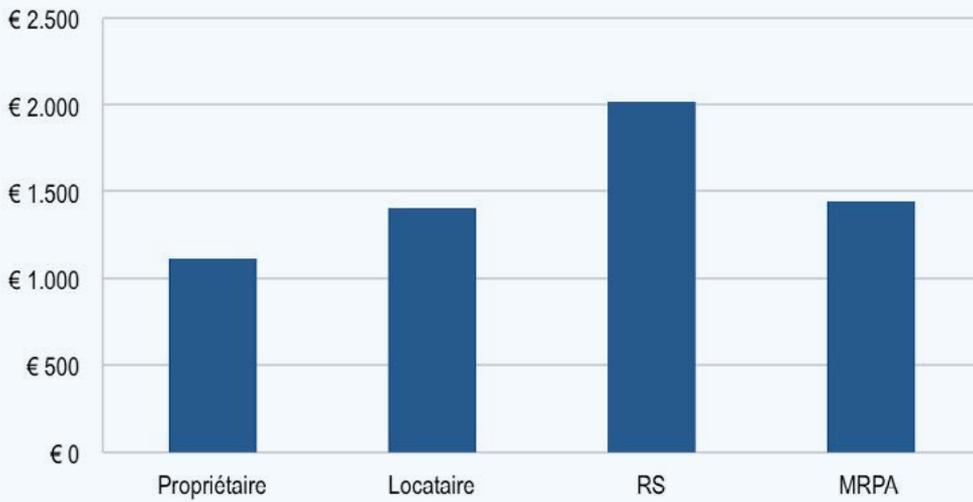
- un coût moyen du logement élevé,
- l'intégration dans le prix d'hébergement de la maison de repos des frais d'assurance, d'énergie, d'entretien du bâtiment et d'achat de denrées alimentaires.

DÈS QU'IL Y A PERTE D'AUTONOMIE ET/OU D'INDÉPENDANCE, LE COÛT DU MAINTIEN À DOMICILE PAR UN LOCATAIRE EST TRÈS RAPIDEMENT PROCHE, VOIRE SUPÉRIEUR, À CELUI DE LA MRPA.

A titre d'exemple, quels que soit la zone géographique et le degré de dépendance, dès qu'un locataire sollicite :

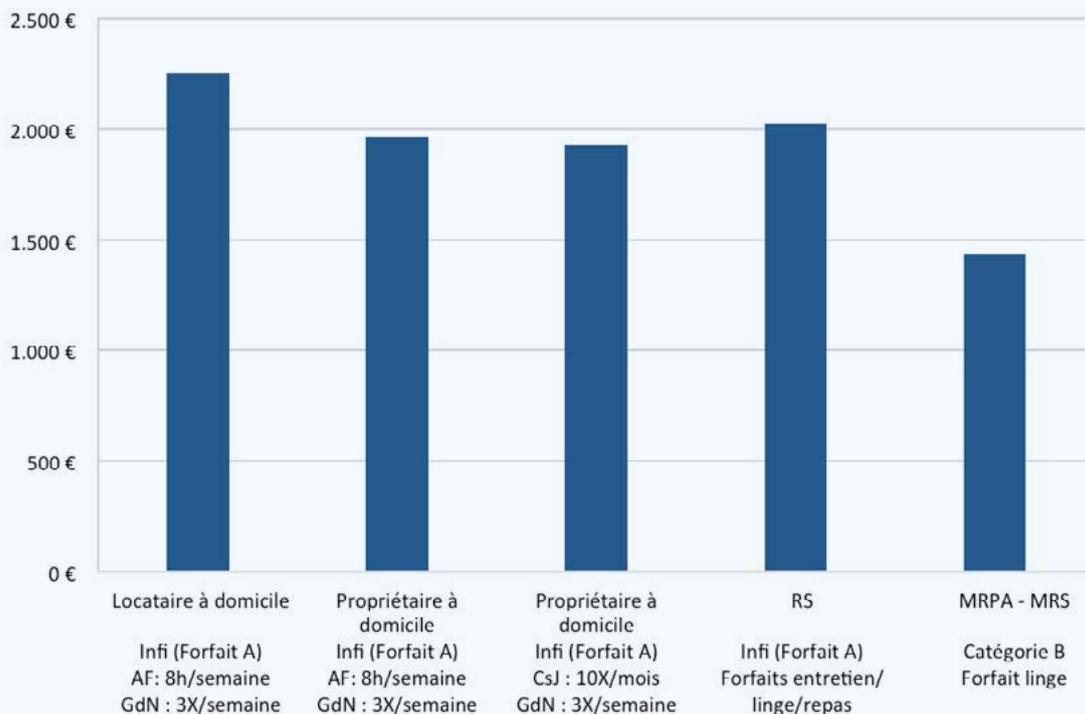
- Le passage de l'infirmière,
- L'aide familiale à raison de 4,5 heures par semaine,
- L'aide ménagère à raison de 2,3 heures par semaine,
- Le repas principal à domicile 1 fois par jour,
- Un service de téléassistance,
- Du matériel adapté,
- le coût du maintien à domicile avoisine celui de la maison de repos (MRPA).

Graphe 9 : Coût hôtelier et sanitaire mensuel à charge de la personne âgée selon le lieu d'habitation (bénéficiaire non préférentiel – Catégorie T2 assisté / O MRPA – Région Mons-Borinage).



SELON LE VOLUME ET LE TYPE DE SERVICES AUXQUELS RECOURT LA PERSONNE ÂGÉE, SON MAINTIEN À DOMICILE PEUT S'AVÉRER PLUS COÛTEUX QUE LA MAISON DE REPOS.

Graphe 10 : Coût hôtelier et sanitaire mensuel à charge de la personne âgée selon le type de services auxquels elle recourt et le lieu de vie (bénéficiaire non préférentiel – Profil A à domicile (Catégorie B en MR) - Téléassistance et mobilier adapté – Région Mons-Borinage).



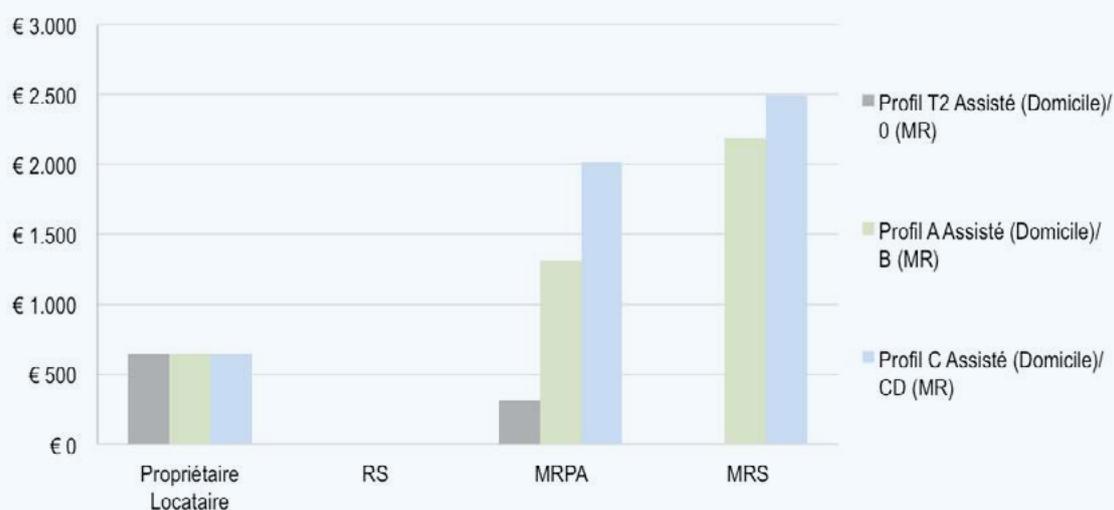
3.2. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA RÉGION

LA RÉSIDENCE-SERVICES EST L'ALTERNATIVE LA MOINS COÛTEUSE POUR LA RÉGION.

Au regard du mécanisme de financement actuel, le coût régional d'un résident en résidence-services est peu élevé. En effet, les services proposés par cette structure per-

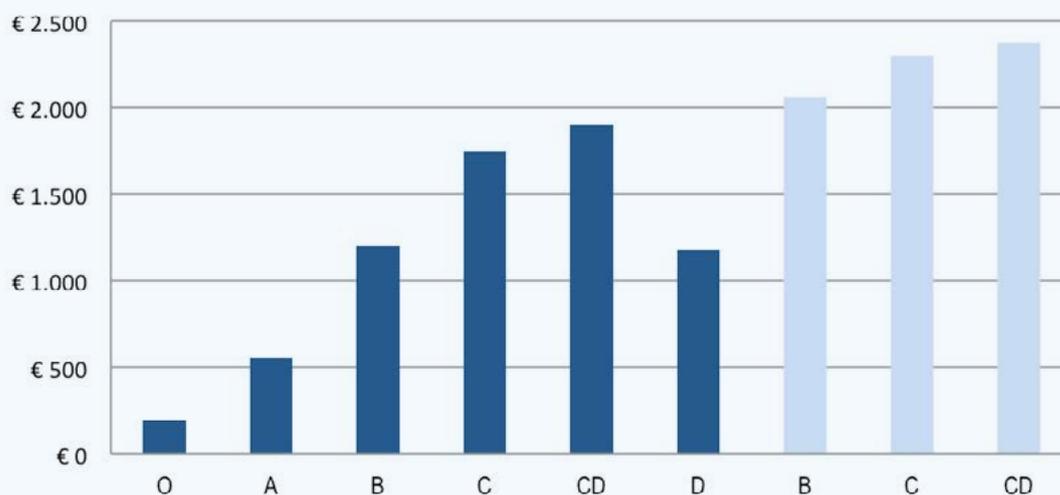
mettent généralement de limiter le recours à l'aide familiale et à l'aide ménagère dont le coût salarial est partiellement supporté par la Région.

Graphe 11 : Coût régional mensuel selon le lieu d'habitation et le profil de dépendance (Bénéficiaire assisté - Non préférentiel – Région Mons-Borinage).



EN INSTITUTION, LE COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA RÉGION VARIE DE 315 € À PRÈS DE 2.500 € SELON LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE DE LA PERSONNE ÂGÉE ET LE SECTEUR D'ADMISSION (MRPA/MRS).

Graphe 12 : Financement régional mensuel selon la catégorie de dépendance et le secteur d'admission (MRPA/MRS) en Région Wallonne.



EN INSTITUTION, LE COÛT RÉGIONAL VARIE FORTEMENT SELON LE SECTEUR D'ADMISSION (MRPA OU MRS).

En raison des normes de personnel plus contraignantes, l'intervention moyenne de la région, à dépendance égale, va être supérieure en MRS. En valeur absolue, la différence entre la MRS et la MRPA s'élève à environ :

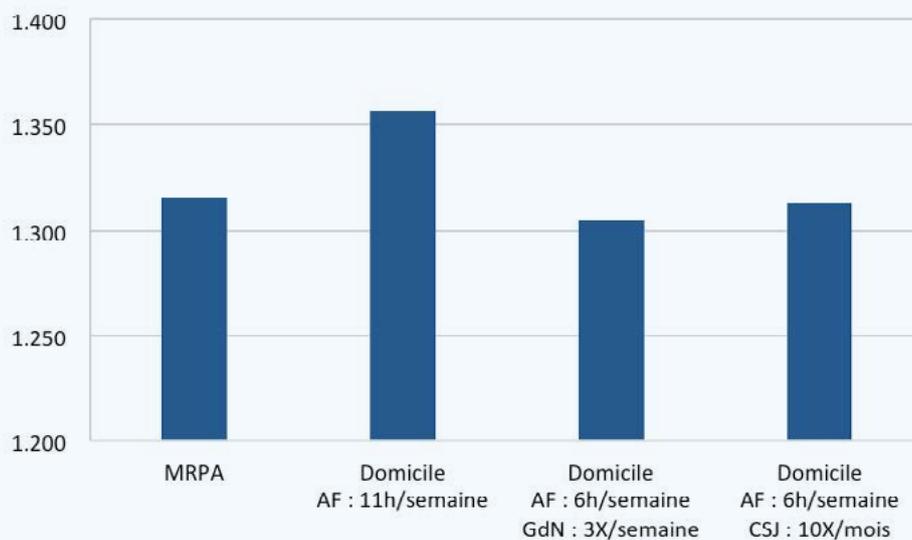
- 865 € / mois pour un cas B,
- 551 € / mois pour un cas C,
- 476 € / mois pour un cas Cd.

LE MAINTIEN À DOMICILE PEUT S'AVÉRER PLUS COÛTEUX POUR LA RÉGION QUE LA MRPA EN CAS DE RECOURS À DES AIDES FAMILIALES ET/OU DE FRÉQUENTATION D'UN CENTRE DE SOINS DE JOUR ET/OU DE RECOURS À DE LA GARDE DE NUIT.

La fréquentation d'un centre d'accueil de jour influence faiblement le coût régional dans la mesure où ce service est peu (ou pas) subsidié.

Par contre, si le bénéficiaire fréquente un centre de soins de jour à raison de 10 jours par mois, le coût assumé par la Région augmente à raison de 572 €/ mois.

Graphe 13 : Comparaison du coût régional mensuel selon le lieu de vie, le volume et le type de services auquel recourt une personne âgée bénéficiant d'un forfait A à domicile (Catégorie B en institution).



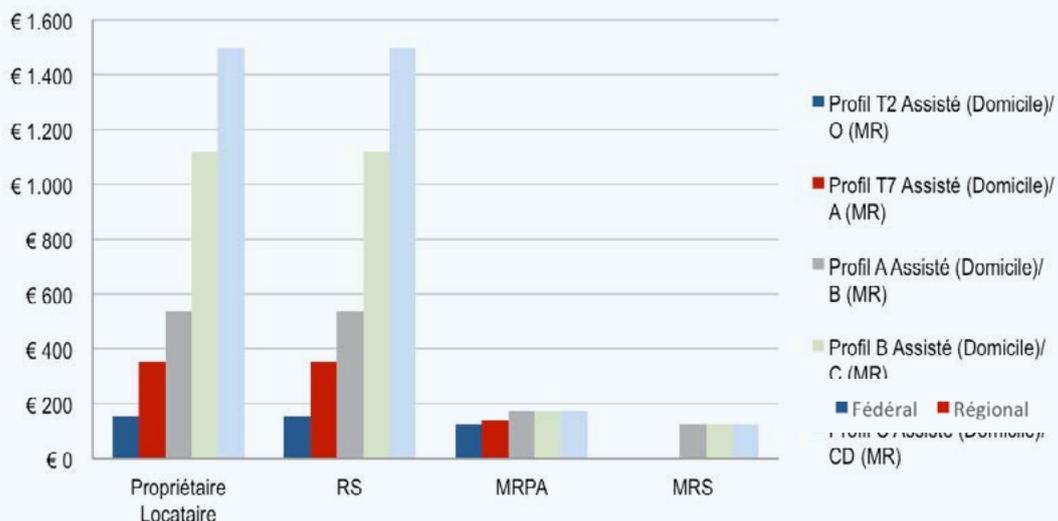
3.3. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DU FÉDÉRAL

A DÉPENDANCE COMPARABLE, L'INTERVENTION FÉDÉRALE EST PLUS ÉLEVÉE AU DOMICILE ET EN RÉSIDENCE-SERVICES QU'EN INSTITUTION. LE FINANCEMENT DE L'INSTITUTIONNEL INCOMBANT ESSENTIELLEMENT À LA RÉGION.

A titre d'exemples (Cf. graphe 13), l'intervention fédérale s'élève:

- à plus de 500 € pour un forfait A au domicile contre moins de 200€ en institution,
- à environ 1.500€ pour un forfait C à domicile contre moins de 200€ en institution.

Graphe 14 : Coût mensuel à charge du Fédéral selon le profil de dépendance et le lieu d'habitation (Bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage).

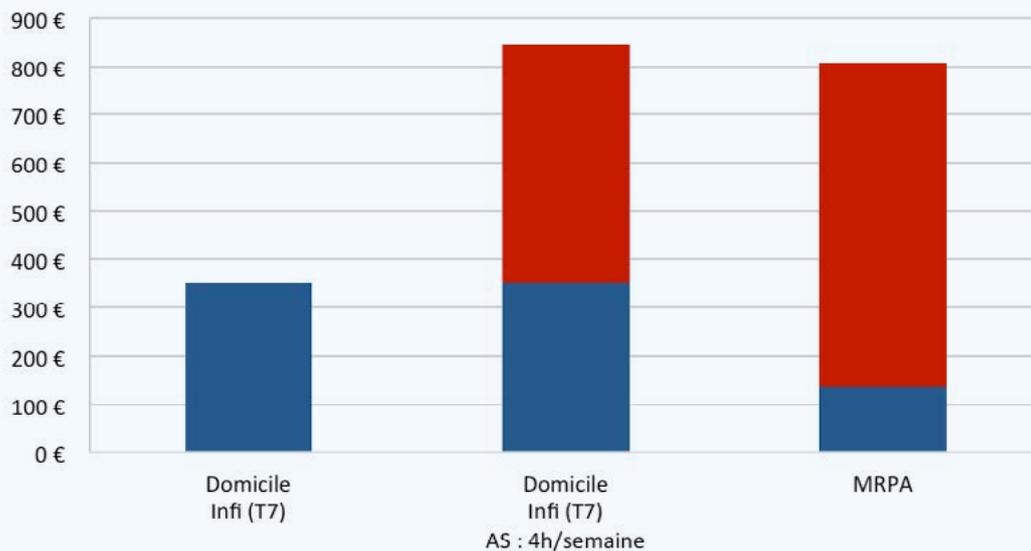


3.4. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA COLLECTIVITÉ

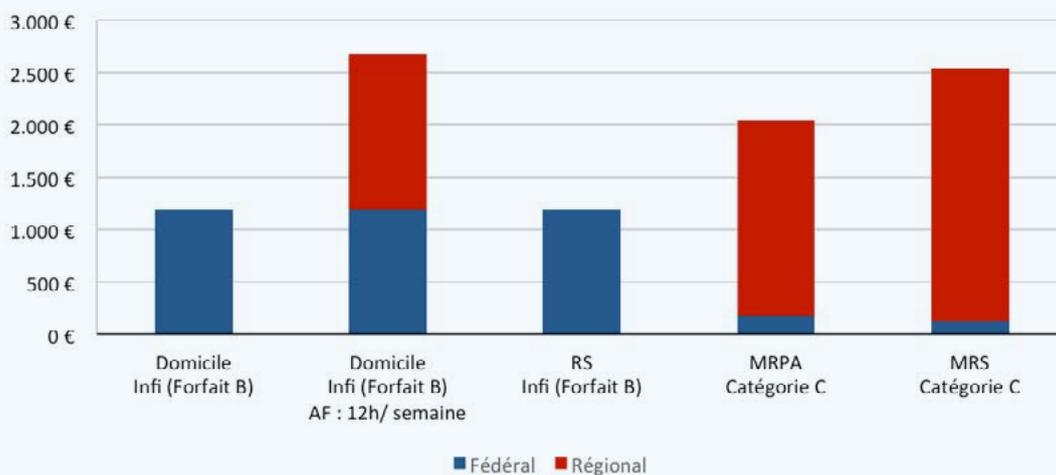
Le coût à charge de la collectivité correspond à la somme du coût régional et du coût fédéral.

LE COÛT COLLECTIF DU MAINTIEN À DOMICILE PEUT S'AVÉRER AUSSI COUTEUX QUE LA MRPA ET LA MRS. IL VA VARIER SELON LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE ET LE VOLUME D'AIDE EN VUE DU MAINTIEN À DOMICILE.

Graphe 15 : Comparaison du coût collectif mensuel d'un T7 (Catégorie A en institution) selon lieu d'habitation et le volume d'aide (bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage)



Graphe 16 : Comparaison du coût collectif mensuel d'un profil B (Catégorie C en institution) selon lieu d'habitation et le volume d'aide (Bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage).



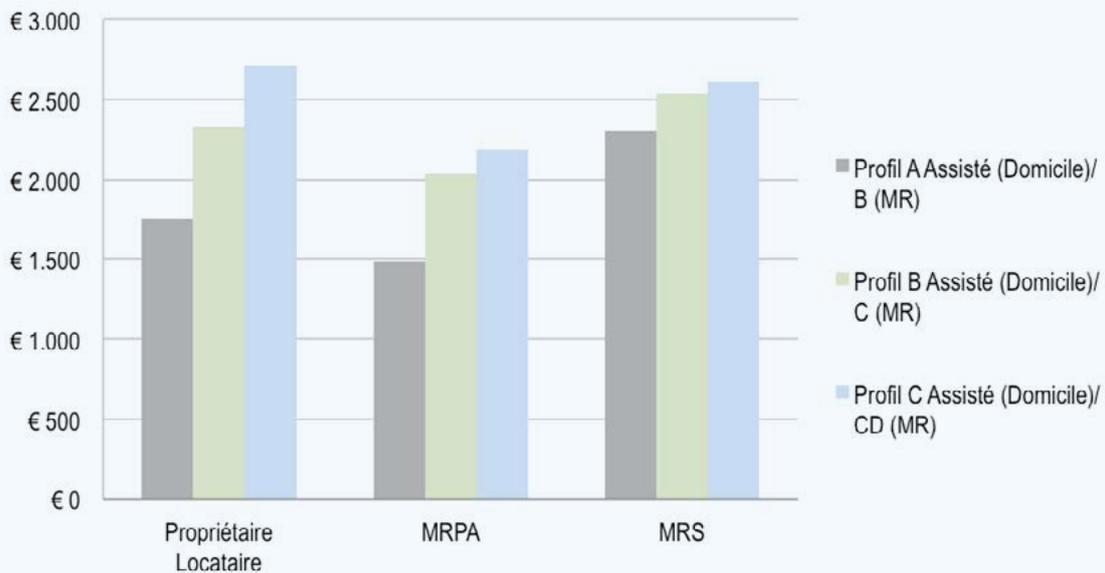
C'EST EN RÉSIDENCE-SERVICES QUE L'INTERVENTION DE LA COLLECTIVITÉ EST LA MOINS ÉLEVÉE (QUEL QUE SOIT LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE).

Comme évoqué précédemment, le recours à l'aide familiale, à la garde de nuit ou à un système de titre-services est moins fréquent en RS, ces services étant généralement proposés

ou assurés au sein de la résidence. En conséquence, l'intervention de la collectivité y est moins élevée qu'à domicile ou qu'en MRPA/MRS.

SI UNE PERSONNE ÂGÉE FRÉQUENTE UN CENTRE DE SOINS DE JOUR 10 FOIS PAR MOIS, LE COÛT COLLECTIF DU MAINTIEN À DOMICILE EST SUPÉRIEUR À CELUI DE LA MRPA.

Graphes 17 : Coût collectif mensuel selon le profil de dépendance et le lieu d'habitation d'un bénéficiaire qui fréquente un CSJ 10 jours par mois⁵⁵ (Bénéficiaire assisté⁵⁶ non préférentiel – Région de Mons-Borinage).



S'il s'agit d'une personne âgée de profil C, le coût collectif de son maintien à domicile est supérieur à celui de la **MRS**.

⁵⁵ Pour rappel, les CSJ sont réservés aux profils de dépendance B, C et Cd de l'échelle de KATZ de la maison de repos. Par ailleurs, un résident en MRPA ou MRS ne peut fréquenter un CSJ.

⁵⁶ Dans ce scénario, la notion « d'assisté » implique :

- Le passage de l'infirmière,
- L'aide familiale (AF) à raison de 4,5 heures par semaine,
- L'aide ménagère à raison de 2,3 heures par semaine.

4. CONCLUSIONS

En matière d'aide et de soins aux personnes âgées, prendre les décisions adéquates – des choix de vie individuels aux stratégies collectives – est l'un des plus grand défi sociétal actuel.

Ces choix sont particulièrement cruciaux dans le contexte belge, qui est marqué par une augmentation sensible de la population âgée de plus de 70 ans à l'horizon 2030, par le caractère évolutif de son système fédéral et par des défis socioéconomiques d'ampleur.

Les données du choix sont plurielles. Elles font intervenir de très nombreux paramètres, objectifs ou plus subjectifs. Pour le décideur public, **l'équation est complexe.** En prenant en considération les principaux paramètres économiques des décisions – individuelles et collectives – qui doivent être prises, la présente étude apporte une contribution significative à la résolution de cette équation.

L'étude a été faite «toutes choses étant égales par ailleurs» or **beaucoup de choses vont changer** et l'on pense en particulier à l'assurance-autonomie dont le périmètre n'est pas encore établi ou à la réforme des hôpitaux, qui repose notamment sur la réduction de la durée des séjours hospitaliers. L'évolution des techniques médicales et des sciences humaines, l'essor des technologies numériques et les transformations de l'habitat en général, ou même des questions plus larges sur l'organisation de la carrière et la redistribution des richesses auront un impact difficile à prévoir sur la question centrale de cette étude. Pour l'opérateur de services, anticiper les évolutions sociologiques et les politiques projetées est un exercice difficile.

Néanmoins, ce que l'on sait avec certitude, c'est que les **choix qui sont posés aujourd'hui auront une incidence déterminante** pour mettre en œuvre demain les solutions pertinentes et de qualité en matière d'hébergement des personnes âgées.

Pour tirer des conclusions opérantes, il fallait un outil capable d'appréhender l'immense diversité des 'histoires de vie'. Le calculateur développé pour l'étude permet de simuler une variété de situations réelles ou réalistes – et leur évolution dans le temps. Il a démontré son efficacité et constitue ainsi un **outil précieux d'aide à la décision**, pour les pouvoirs publics et pour les professionnels des soins et services aux personnes âgées.

Cette étude, exclusivement concentrée, sur les coûts individuels et collectifs actuels, met en exergue quatre **constats généraux** interpellant :

- L'étude interroge et bouscule des **idées reçues** : la maison de repos n'est pas nécessairement plus chère. La prise en charge à domicile peut, selon les situations et les aides mises en place, représenter un coût sensiblement plus élevé qu'un hébergement institutionnel. Des enquêtes récentes ont confirmé la préférence d'une écrasante majorité de personnes pour le maintien à domicile. L'hébergement en maison de repos est réputé 'souvent plus coûteux' que l'accompagnement à domicile. Ce dernier est donc sollicité par le public et encouragé par les pouvoirs publics. L'étude permet donc de **lever des biais de perception** qui ont une influence négative sur les choix posés.
- Tous niveaux de dépendance confondus, un **« break-even point »** à partir duquel le maintien à domicile est aussi et même plus coûteux que la maison de repos peut être calculé. Ce point d'équilibre sera particulièrement critique pour les personnes âgées qui sont locataires de leur logement.

Même pour les personnes propriétaires, le coût des soins et services à domicile excède le montant de la pension moyenne dès lors que la perte d'autonomie requiert des soins infirmiers une aide quotidienne et des prestations de nuit ou en centre de soins de jour.

- Selon les situations et le dispositif mis en place pour accompagner la personne âgée, le **niveau d'intervention des différents niveaux de pouvoir** (Région – Fédéral) selon le lieu de vie varie très fortement. Cela peut introduire un biais important dans les choix politiques. Ainsi l'augmentation du niveau de dépendances à une forte incidence sur les 'coûts fédéraux' et régionaux en cas de soutien à domicile ; l'incidence n'est pas la même pour l'hébergement en institution.
- L'étude interroge aussi les **limites des dispositifs existants**. Par exemple, le volume d'aides fournies par les centrales d'aide à domicile est plafonné. La pénurie en personnel infirmier est une autre limite de fait, qui explique d'ailleurs le recours à des solutions innovantes mais parfois... illégales.

Ces constats majeurs ne signifient évidemment pas que les seules considérations financières et budgétaires doivent guider les choix de vie d'une personne dont la perte d'autonomie devient lourde. Ils renvoient cependant aux inégalités de revenus, très prégnantes chez les personnes âgées dépendantes. Les constats posés éclairent d'un jour nouveau les paramètres des politiques à mener et, plus particulièrement encore, le défi de leur financement. Dans ce domaine, personne – ni les décideurs politiques, ni les acteurs privés – n'ont intérêt à se fourvoyer. A cet égard, l'étude apporte une contribution importante dans le double débat actuel relatif à la mise en place de l'**assurance-autonomie** et à la **réforme du financement des MRPA/MRS**.

Le choix d'**analyser les seuls aspects économiques** apporte un éclairage objectif. Il **n'occulte pas pour autant les autres déterminants** (psychologiques, sociologiques, culturels, éthique, etc.). Au contraire, il les met en valeur. L'étude met ainsi en relief l'impertinence économique de certains choix ; elle souligne aussi la faible attractivité – actuel – de solutions pourtant parfois plus avantageuses. Les choix individuels ne sont possibles qu'à condition que l'on ouvre la voie à l'**offre de services pertinents** disponibles. On sait par exemple que ce n'est pas le cas pour les résidences-services et pour les centres de soins de jour en Wallonie.

La présente étude ouvre la voie à d'autres questions :

- Les pouvoirs publics disposent-ils aujourd'hui des **données adéquates** pour poser des choix pertinents ? Pour les personnes, comme pour les autorités, les **choix apparemment pertinents à court terme** ne compromettent-ils pas les choix à plus long terme ?
- Les **résidences-services** pourraient-elles – à quelles conditions – constituer une partie de la solution ? De nouvelles formules de copropriété ne permettraient-elles pas de contourner certains obstacles ? La résidence-services sociale est-elle une alternative ?
- Quelles sont les **limites à la prise en charge à domicile** (situation géographique, disponibilité d'un aidant proche, pathologies particulières, disponibilité et coordination des intervenants, adéquation du logement, etc.) ?
- Quelles solutions réelles et réalistes mettre en place pour **faire face au possible manque de lits** en MRPA/MRS ?
- Comment définir les contours de l'**assurance autonomie** pour en assurer l'efficacité ?

L'étude met aussi en relief une série de questions plus vastes, qui dépassent les limites de son objet. Elles ont trait à la **transversalité** et au **décloisonnement** des acteurs, aux **priorités politiques** qui doivent être données aux différentes alternatives pour atteindre les meilleurs résultats, **aux financements nécessaires et aux budgets disponibles, à l'impact de politiques connexes (soins de santé, hôpitaux, handicap)**. Elle interroge aussi la disponibilité des ressources nécessaires, pour ce qui concerne p.ex. le personnel infirmier, le partage des responsabilités et des coûts induits (quels actes peuvent être posés par quels professionnels), le développement d'offres nouvelles, de formules innovantes, à la qualité de la communication relative aux dispositifs d'aide et de soutien existants.

Les questions auxquelles l'étude apporte une réponse nouvelle autant que toutes celles qu'elle laisse en suspens invitent à **approfondir la démarche**, et à le faire avec tous ceux qui voudront y concourir.

Ainsi, l'étude réalisée lance en filigrane, **plusieurs interpellations**, à l'adresse de tous les acteurs, en particulier ceux de l'hébergement institutionnel : l'avantage économique que représente l'hébergement institutionnel dans de nombreuses situations est contrebalancé par une réticence importante à envisager cette solution et, selon les régions, par le nombre de places disponibles.

Plus particulièrement, l'étude invite les pouvoirs publics à prolonger la prospection. Trois axes de travail interdépendants mériteront en effet d'être poursuivis :

1. **Mesurer de manière plus fine et plus rigoureuse les besoins réels** car l'ampleur et la nature exacte des **déficits d'offre** sont mal connus.
2. Sur base d'une meilleure connaissance des besoins, **fixer des lignes directrices transversales et cohérentes** et envisager les financements adéquats.
3. Faire évoluer les grilles des interventions publiques et de la personne âgée dépendante en fonction de ces lignes directrices.

Le niveau d'information, les représentations individuelles, la culture, les aspirations personnelles, les questions éthiques influencent les choix et doivent être pris en considération. Entre le possible et le souhaité, l'écart peut être grand, et source de souffrance pour les personnes et leur entourage.

Un objectif politique pourrait être de **rendre le choix du lieu de vie 'neutre'** pour la personne et pour les pouvoirs publics : seuls des critères de bien-être et de qualité des soins et services devraient être déterminant.

Cette interpellation, Femarbel la prend aussi à son compte : comment faire **pour que la pertinence économique des choix rejoigne les aspirations personnelles ?** Les investissements doivent se poursuivre, pour **transformer l'offre de soins et de service et en particulier, le modèle de l'hébergement institutionnel**. Pour y arriver, chaque acteur – c'est le cas des membres de Femarbel – doit s'inscrire dans une démarche volontaire, partenariale et créative.

Cette étude est un appel. Nous n'y répondrons pas seul mais nous sommes déterminés à en prendre notre part de responsabilité.

On ne peut conclure ici sans remercier Laurence Antoine, Anne-Sophie Caudron et José Pincé qui ont très largement contribué à la réalisation de cette étude.



ANNEXES



CALCUL DU COÛT DE LA NORME INSTITUTIONNELLE EN MRPA/MRS

Le coût de la norme institutionnelle est calculé sur base des données de financement INAMI 2013-2014 (forfait 2015).

A. L'ANCIENNETÉ MOYENNE

L'ancienneté moyenne par qualification a été extrapolée sur base des données de l'INAMI par Région et par qualification. Pour Bruxelles,

les données à disposition sont ventilées selon l'appartenance à la COCOM ou à la COCOF. Dans un souci de cohérence, les anciennetés moyennes ont été recalculées pour l'ensemble des institutions bruxelloises.

Tableau 61 : Anciennetés moyennes prises en compte dans l'analyse par qualification et par région

QUALIFICATION	ANCIENNETÉ MOYENNE PAR QUALIFICATION ET PAR RÉGION	
	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
INFI A1 ET A2	14,748	13,584
A.S.	10,620	9,468
K.E.L. ET P.R.R.	10,578	11,750

Ce tableau révèle que l'ancienneté moyenne par qualification varie selon la région.

B. LE COÛT SALARIAL PAR QUALIFICATION

Le coût salarial du personnel de soins financé via la partie A1 et A2 de l'allocation forfaitaire est déterminé dans l'article 13 de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant

et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées

Tableau 62 : Synthèse des coûts salariaux selon la qualification et l'ancienneté calculée au point précédent

QUALIFICATION	RÉGION WALLONNE		BRUXELLES	
	ANCIENNETÉ MOYENNE	COÛT SALARIAL	ANCIENNETÉ MOYENNE	COÛT SALARIAL
INFI A1	[14;16]	66.642,45€	[12;14]	65.185,86€
INFI A2	[14;16]	61.089,52€	[12;14]	59.648,34€
A.S.	[10;12]	49.367,48€	[6;10]	47.661,07€
K.E.L.- P.R.R.	[10;12]	56.337,65€	[10;12]	56.337,65€

C. LA COUVERTURE EN MRPA ET MRS: CALCUL DE LA PARTIE A1

Tableau 63 : Norme du personnel dont doit disposer une MRPA et une MRS par catégorie de dépendance et par résident

CATÉGORIE		INFI	A.S.	K.E.L.	P.R.R.	TOTAL
MRPA	O	0,008ETP				0,008ETP
	A	0,040ETP	0,035ETP			0,075ETP
	B	0,070ETP	0,133ETP		0,012ETP	0,215ETP
	C	0,137ETP	0,169ETP		0,013ETP	0,318ETP
	CD	0,137ETP	0,202ETP		0,013ETP	0,352ETP
	D	0,040ETP	0,133ETP		0,042ETP	0,215ETP
MRS	B	0,167ETP	0,173ETP	0,033ETP	0,003ETP	0,377ETP
	C	0,167ETP	0,207ETP	0,033ETP	0,020ETP	0,427ETP
	CD	0,167ETP	0,223ETP	0,033ETP	0,020ETP	0,443ETP

Sur base de cette norme et du coût salarial de chaque qualification, le financement de la partie A1 (personnel normé) peut être calculé.

Tableau 64 : Partie A1 : Financement des qualifications par catégorie et par jour (RW) et par résident

CATÉGORIE		INFI A1	INFI A2	A.S.	K.E.L.	P.R.R.	TOTAL
MRPA	O	0,573€	0,870€				1,442€
	A	2,748€	4,176€	4,734€			11,658€
	B	4,809€	7,307€	18,034€		1,801€	31,951€
	C	9,390€	14,266€	22,813€		1,981€	48,450€
	CD	9,390€	14,266€	27,321€		1,981€	52,958€
	D	2,748€	4,176€	18,034€		6,431€	31,389€
MRS	B	11,451€	17,398€	23,444€	5,145€	0,514€	57,952€
	C	11,451€	17,398€	27,952€	5,145€	3,087€	65,033€
	CD	11,451€	17,398€	30,207€	5,145€	3,087€	67,287€

Tableau 65 : **Partie A1 : Financement des qualifications par catégorie et par jour (BXL) et par résident**

CATÉGORIE		INFI A1	INFI A2	A.S.	K.E.L.	P.R.R.	TOTAL
MRPA	O	0,560€	0,849€				1,409€
	A	2,688€	4,077€	4,570€			11,335€
	B	4,704€	7,135€	17,410€		1,801€	31,050€
	C	9,185€	13,930€	22,024€		1,981€	47,119€
	CD	9,185€	13,930€	26,377€		1,981€	51,472€
	D	2,688€	4,077€	17,410€		6,431€	30,607€
MRS	B	11,201€	16,988€	22,634€	5,145€	0,514€	56,481€
	C	11,201€	16,988€	26,986€	5,145€	3,087€	63,406€
	CD	11,201€	16,988€	29,162€	5,145€	3,087€	65,583€

D. LE FINANCEMENT DU PERSONNEL DE RÉACTIVATION POUR LES CATÉGORIES O ET A EN MRPA

Pour le calcul de l'intégration du financement complémentaire en PRR pour les catégories « O » et « A », nous avons :

- Déterminé la moyenne de résidents « O » et « A » en institution (BXL et RW)
- Calculé l'encadrement financé sur base de cette moyenne
- Appliqué le barème des PRR compte tenu des anciennetés moyennes qui, ici, sont identiques pour la RW et Bruxelles

Tableau 66 : **Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (RW).**

CATÉGORIE	JOURNÉES FACTURÉES	NOMBRE MOYEN DE RÉSIDENTS/ JOUR	NORME PAR RÉSIDENT	NORME DE PERSONNEL	COÛT SALARIAL KEL / PRR	FINANCEMENT PAR RÉSIDENT
O	2.476.898	6.786,022	0,003 ETP	22,620 ETP	56.337,650 €	0,5145 €
A	2.980.957	8.167,005	0,007 ETP	54,447 ETP	56.337,650 €	1,0290 €

Tableau 67 : **Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (BXL)**

CATÉGORIE	JOURNÉES FACTURÉES	NOMBRE MOYEN DE RÉSIDENTS/ JOUR	NORME PAR RÉSIDENT	NORME DE PERSONNEL	COÛT SALARIAL KEL / PRR	FINANCEMENT PAR RÉSIDENT
O	1.025.968	2.810,871	0,003 ETP	9,370 ETP	56.337,650 €	0,5145 €
A	798.047	2.186,430	0,007 ETP	14,576 ETP	56.337,650€	1,0290€

E. LA COUVERTURE EN MRPA ET MRS : INCIDENCE DE LA PARTIE A2

Dans le cadre du financement du personnel, la partie A2 couvre une partie des excédents avec des conditions et des limites à ce financement. Compte tenu des dépassements de la norme en personnel dans le secteur, la partie

A2 sera pour la majorité des institutions limitée à 9,74% de la partie A1. En effet, au niveau fédéral, les excédents par rapport à la norme avant la partie A2 sont de 21,7%.

Tableau 68 : Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (RW)

	CATÉGORIE	INFI	A.S.	K.E.L.	P.R.R.	TOTAL
MRPA	O	0,140 €				0,140 €
	A	0,674 €	0,461 €			1,135 €
	B	1,180 €	1,756 €		0,175 €	3,112 €
	C	2,304 €	2,222 €		0,193 €	4,719 €
	CD	2,304 €	2,661 €		0,193 €	5,158 €
	D	0,674 €	1,756 €		0,626 €	3,057 €
MRS	B	2,810 €	2,283 €	0,501 €	0,050 €	5,645 €
	C	2,810 €	2,723 €	0,501 €	0,301 €	6,334 €
	CD	2,810 €	2,942 €	0,501 €	0,301 €	6,554 €

Tableau 69 : Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (BXL)

	CATÉGORIE	INFI.	A.S.	K.E.L.	P.R.R.	TOTAL
MRPA	O	0,137 €				0,137 €
	A	0,659 €	0,445 €			1,104 €
	B	1,153 €	1,696 €		0,175 €	3,024 €
	C	2,251 €	2,145 €		0,193 €	4,589 €
	CD	2,251 €	2,569 €		0,193 €	5,013 €
	D	0,659 €	1,696 €		0,626 €	2,981 €
MRS	B	2,746 €	2,205 €	0,501 €	0,050 €	5,501 €
	C	2,746 €	2,628 €	0,501 €	0,301 €	6,176 €
	CD	2,746 €	2,840 €	0,501 €	0,301 €	6,388 €

F. LA COUVERTURE EN MRPA ET MRS : CALCUL DE LA PARTIE A3

Tableau 70 : **Détail du mode de calcul de la partie A3 relative au financement de l'harmonisation du barème des aides-soignants**

	ETP AS POUR LA PÉRIODE RÉFÉRENCE	MONTANT FINANCÉ PAR ETP	NOMBRE JOURNÉES FACTURÉES	PARTIE A3
RÉGION WALLONNE	8.338,119	136,310 €	16.696.364	0,07 €
BRUXELLES	2.350,070	136,310 €	4.894.240	0,07 €

G. LA COUVERTURE EN MRPA ET MRS: LE TROISIÈME VOLET

Le personnel de soins salarié et statutaire (Infirmier, aide-soignant, KEL, PRR) au-delà de la norme non financé via la partie A1 de l'allocation forfaitaire bénéficie d'un financement de l'INAMI via l'intervention « 3ème volet » (Cf. tableau coût salarial 3ème volet).

Sur base des données de financement relatives au calcul de l'intervention '3ème volet' pour l'année 2015 (Période de référence 2013-2014), le montant de l'intervention pour le personnel de soins en MRPA, MRS et CSJ s'élève à 36.875.648,34€ pour la Région Wallonne et à 10.461.957,63€ pour Bruxelles. Considérant le nombre de journées respectivement facturées par ces Régions, le montant journalier de l'intervention s'élève à :

Tableau 71 : **Montant journalier de l'intervention par région – Troisième volet**

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
COÛT RÉGIONAL PAR JOURNÉE FACTURÉE DE L'INTERVENTION '3ÈME VOLET' PERSONNEL SOINS	2,21€	2,14€

H. COUVERTURE EN MRPA ET MRS: LES MESURES DE FIN DE CARRIÈRE

Comme évoqué précédemment, le montant prévisionnel 2015 pour le financement des mesures fin de carrière est évalué à 35.329.000 € pour la Région Wallonne et à 10.751.000 € pour Bruxelles⁵⁷. Considérant le nombre de journées respectivement facturées par ces Régions, le montant journalier de l'intervention s'élève à :

Tableau 72 : **Montant journalier de l'intervention par région– mesures de fin de carrière**

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
COÛT RÉGIONAL PAR JOURNÉE FACTURÉE DE L'INTERVENTION 'MESURES FIN DE CARRIÈRE'	2,12€	2,20€

⁵⁷ Ces montants comprennent l'intervention 'fin de carrière' pour le personnel assimilé c'est-à-dire pour le personnel non-soin qui preste au moins 200 heures de prestations irrégulières pendant une période de référence de 24 mois (pour un temps-plein).

VOCABULAIRE – TERMINOLOGIE

6ème réforme de l'Etat : Accord institutionnel sur la sixième réforme de l'Etat, intitulé "Un Etat fédéral plus efficace et des entités plus autonomes", intervenu en décembre 2011 qui prévoit une importante réforme de l'Etat, qui est réalisée en plusieurs parties.

Bureau fédéral du plan : Organisme d'intérêt public qui réalise des études sur des questions politiques, économiques, sociales, environnementales et leur intégration dans une perspective de développement durable.

Case-mix : Anglicisme désignant l'éventail des cas étudiés.

Centre de coordination des soins et de l'aide à domicile : Le centre de coordination a pour mission d'assister tout bénéficiaire souhaitant rester dans son lieu de vie ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien au sein du lieu de vie. En collaboration avec le médecin généraliste et les divers prestataires de soins et de services, le centre de coordination des soins et de l'aide à domicile a pour mission d'effectuer à la fois l'analyse de la situation et la prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile.

Echelle KATZ : Outil d'évaluation de la dépendance pour 6 critères physiques et 2 critères d'orientation dans le temps et l'espace

Grapa : La Garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) est une prestation octroyée aux personnes âgées dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance. Elle remplace depuis 2001 l'ancien 'revenu garanti'. Une Grapa obtient après un examen des moyens d'existence du demandeur. Celui-ci doit également répondre à des conditions d'âge, de nationalité et de résidence.

Honoraire : l'honoraire est le tarif maximal que peut demander le prestataire de soins conventionné à son patient. Le montant des honoraires est fixé par l'INAMI dans une convention.

Médecin accrédité : Un médecin accrédité est un médecin qui peut attester de sa participation à un ensemble d'activités de formation continue et de sessions de peer review (GLEM - Groupe Local d'Accréditation Médicale).

Médecin conseil : Le médecin chargé d'expertiser la capacité ou la qualification physique ou mentale d'une personne, ou de procéder à toute exploration corporelle, de contrôler un diagnostic ou de surveiller un traitement ou d'enquêter sur des prestations médicales pour compte d'un organisme assureur. Le médecin conseil de la mutualité a différents rôles : accords en soins de santé, contrôle de l'incapacité de travail, conseil pour l'obtention d'avantages prévus dans la législation (réinsertion).

Mode : En statistique, le mode ou valeur dominante désigne la valeur la plus fréquente d'une variable quelconque dans une population d'objets, de personnes, de choses.

MyCareNet : MyCareNet est une plateforme informatique centrale orientée services, au profit des prestataires individuels et des institutions, par laquelle des informations peuvent être échangées avec les mutualités, d'une manière simple, fiable et sécurisée.

Nomenclature : La nomenclature des prestations de santé regroupe, par code, les prestations que rembourse l'assurance soins de santé, partiellement ou totalement.

Prestataire conventionné : le prestataire conventionné est celui qui pratique les honoraires prévus par la convention nationale. Le prestataire non conventionné est libre de pratiquer les prix qu'il souhaite. L'intervention de l'assurance soins de santé est moins importante pour les prestataires non-conventionnés (environ 25% en moins).

Période de référence : La période ininterrompue de 12 mois pour laquelle l'ensemble des données relatives aux activités d'une institution sont communiquées au service des soins de santé de l'INAMI. Cette période va du 1er juillet de l'année J au 30 juin de l'année qui suit (J + 1).

Régime préférentiel : Le régime préférentiel donne droit à un meilleur remboursement des médicaments et des soins de santé (consultations, visites, hospitalisations, prestations infirmières,...). Le bénéficiaire du régime préférentiel profite d'un remboursement de 80 à 100% de l'honoraire conventionné. Pour un bénéficiaire non-préférentiel, les prestations sont généralement remboursées à plus ou moins 75 %. Les bénéficiaires de l'intervention de l'assurance majorée sont: les pensionné(e)s ; les handicapé(e)s ; les veuf(ve)s ; les personnes qui perçoivent une indemnité d'invalidité ; les chômeur(euse)s complet(ète)s durant au moins un an ; les personnes ayant droit au 'revenu d'intégration' ou à la 'garantie de revenu aux personnes âgées' (GRAPA).

Revenu Cadastral : Le revenu cadastral (RC) est le revenu net normal moyen que le bien immobilier rapporterait à son propriétaire en un an, compte tenu du marché de la location au moment de référence, à savoir au 1er janvier 1975. Le calcul du RC est effectué par l'Administration du Cadastre, de l'Enregistrement et des Domaines.

Revenu d'intégration : Le revenu d'intégration (appelé avant 2002 minimum de moyens d'existence, ou encore, « minimex ») est une aide sociale financière garantie accordée par les centres publics d'action sociale (CPAS). Le droit au revenu d'intégration est un droit résiduaire, c'est-à-dire qu'il est subordonné à l'accomplissement de toutes les démarches utiles et nécessaires pour faire valoir ses droits à d'autres prestations sociales ou aux aliments auxquels on pourrait prétendre en vertu des législations belges et étrangères. Il n'est donc octroyé qu'au demandeur qui ne peut bénéficier d'aucune autre allocation sociale.

Scoring : Système de notation.

Tarification à l'unité : La tarification à l'unité des médicaments se rapporte à la tarification par unité de prise. Elle est destinée aux résidents des MRS et MRPA. Cette mesure ne concerne que les spécialités remboursables sous forme orale solide.

Ticket modérateur : le ticket modérateur est le montant à charge du patient c'est-à-dire la différence entre l'honoraire fixé par la convention et le montant remboursé par la mutualité.

Tiers payant : Le tiers payant est un mécanisme qui permet au patient de payer au dispensateur de soins (médecin, dentiste, kinésithérapeute, pharmacien, etc.) uniquement la part des frais à sa charge. La mutualité lui paie directement l'intervention de l'assurance soins de santé.

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAFIE

- Belfius Research, « *Impact du vieillissement de la population pour les acteurs locaux* », Juin 2016.
- Bureau Fédéral du Plan et direction générale Statistique et information économique – Bruxelles, décembre 2011 - Perspectives de population 2010-2060 – www.Plan.be et www.statbel.fgov.be
- Code wallon de l'Action sociale et de la Santé – Livre V : Aide aux aînés, Titre 1er Art. 334.
- Enquête de Santé, Belgique 2013 : Pourcentage de la population qui a eu recours à un service de soins à domicile presté par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme au cours des 12 derniers mois, par âge.
- Enquête de Santé Publique, 2013 : Pourcentage de la population qui a consulté un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois par âge.
- Enquête de santé Publique, Belgique, 2008 : Pourcentage de la population qui a consommé au cours des 2 dernières semaines des médicaments prescrits, par âge.
- Eurostat « *Démography report 2010. Older, more numerous and diverse Europeans* », European Commission
- Infor-Homes Bruxelles asbl, « Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maisons de Repos Bruxelloises », 2014
- HIVA - ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING, KU Leuven - "Ouderenzorg in Kurne. Een analyse van aanbod, gebruik en betaalbaarheid" - Eva Vande Gaer, Sofie Kuppens, Jozef Pacolet, Caroline Gijssels & Georges Hedebouw - 2014
- <http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/centenaires>
- KCE, « *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025* », Reports 167b, health services research
- Observatoire régional de l'habitat (avril 2014 SLRB)
- Rombeaux J.-M., « *Maison de repos et maison de repos et de soins : Radioscopie du secteur public 2012* », Fédération des CPAS - Union des Villes et des Communes Wallonnes (UVCW)
- SENOAH, « *Envisager aujourd'hui son chez-soi de demain* » - Guide pour choisir son habitat, 2016
- SPF économie – 1er semestre 2014 : prix d'hébergement moyen par région et par province
- SPW, Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (DGO5), « *Maisons de repos et maisons de repos et de soins y compris les lits de courts séjour : rapport bisannuel au 1/01/2012* »
- SPW, Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (DGO5), « *Résidences-services : rapport bisannuel au 1/01/2012* »
- Solidarism – Direction Etudes « *Maison de repos : à quel prix ?* », Jean-Marc Laasman, Leila Maron, Aaron Van den Heede, Marijke Van Duynslaeger, Katrien Vervoort et Jérôme Vrancken
- Solidarism – Direction Etudes « *Dix ans de baromètre des coûts hospitaliers* », Jean-Marc Laasman, Leila Maron, Jérôme Vrancken
- Triodos banque, Probis, « *Perspective sur l'avenir de nos soins* », 2016
- UNMS, « *Consommations de médicaments en maison de repos : une analyse longitudinale* », Michel Boutsen, Jean-Marc Laasman, Leila Maron et Jérôme Vrancken, Direction Etudes, Juin 2013
- VUB – Kenniscentrum Woonzorg Brussel, « *Étude de programmation pour Bruxelles* », Liesbeth De Donder, Emily Verté, Herwig Teugels, Marc Glorieux, Marc Bernard, Olivia Vanmechelen, An-Sofie Smetcoren, Peter Persyn, Dominique Verté, 2012

TABLE DES MATIÈRES DES GRAPHES

<u>Graphe 1</u>	Evolution démographique des personnes de plus de 65 ans et 80 ans.....	8
<u>Graphe 2</u>	Pourcentage de la population qui a eu recours à des services de soins et d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois - Belgique.....	15
<u>Graphe 3</u>	Pourcentage de la population qui a eu recours à un service de soins à domicile presté par un(e) infirmier(ière) ou une sage-femme au cours des 12 derniers mois, par âge.....	17
<u>Graphe 4</u>	Pourcentage de la population qui a consulté un kinésithérapeute au cours des 12 derniers mois par âge.....	22
<u>Graphe 5</u>	Pourcentage de la population (par tranche d'âge) qui a consommé au cours des 2 dernières semaines des médicaments prescrits.....	27
<u>Graphe 6</u>	Pourcentage de la population qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior) au cours des 12 derniers mois.....	29
<u>Graphe 7</u>	Journées facturées en MRPA et en MRS en Belgique.....	39
<u>Graphe 8</u>	Coût hôtelier moyen mensuel à charge de la personne âgée selon le lieu d'habitation (Bénéficiaire non préférentiel - Catégorie T2 non assisté / O MRPA – Région Mons-Borinage).....	89
<u>Graphe 9</u>	Coût hôtelier et sanitaire mensuel à charge de la personne âgée selon le lieu d'habitation (Bénéficiaire non préférentiel – Catégorie T2 assisté / O MRPA – Région Mons-Borinage).....	90
<u>Graphe 10</u>	Coût hôtelier et sanitaire mensuel à charge de la personne âgée selon le type de services auxquels elle recourt et le lieu de vie (Bénéficiaire non préférentiel – Profil A à domicile (Catégorie B en MR) - Téléassistance et mobilier adapté – Région Mons-Borinage).....	90
<u>Graphe 11</u>	Coût régional mensuel selon le lieu d'habitation et le profil de dépendance (Bénéficiaire assisté - Non préférentiel – Région Mons-Borinage).....	91
<u>Graphe 12</u>	Financement régional mensuel selon la catégorie de dépendance et le secteur d'admission (MRPA/MRS) en Région Wallonne.....	91
<u>Graphe 13</u>	Comparaison du coût régional mensuel selon le lieu de vie, le volume et le type de services auquel recourt une personne âgée bénéficiant d'un forfait A à domicile (Catégorie B en institution).....	92
<u>Graphe 14</u>	Coût mensuel à charge du Fédéral selon le profil de dépendance et le lieu d'habitation (Bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage).....	93
<u>Graphe 15</u>	Comparaison du coût collectif mensuel d'un T7 (Catégorie A en institution) selon lieu d'habitation et le volume d'aide (Bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage).....	94
<u>Graphe 16</u>	Comparaison du coût collectif mensuel d'un profil B (Catégorie C en institution) selon lieu d'habitation et le volume d'aide (Bénéficiaire non préférentiel – Région de Mons-Borinage).....	94
<u>Graphe 17</u>	Coût collectif mensuel selon le profil de dépendance et le lieu d'habitation d'un bénéficiaire qui fréquente un CSJ 10 jours par mois (Bénéficiaire assisté non préférentiel – Région de Mons-Borinage).....	95

TABLE DES MATIÈRES DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u>	Score minimum de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine.....	19
<u>Tableau 2</u>	Score minimum de l'échelle de KATZ déterminant le type de forfait à domicile.....	19
<u>Tableau 3</u>	Interventions OA et TM selon le type de prestations en soins infirmiers au domicile du bénéficiaire au 01/04/2016.....	21
<u>Tableau 4</u>	Honoraires de kinésithérapie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2016.....	24
<u>Tableau 5</u>	Honoraires de logopédie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2016.....	25
<u>Tableau 6</u>	Honoraires du médecin généraliste dans le cadre d'une visite médicale au domicile du bénéficiaire au 01/02/2016.....	26
<u>Tableau 7</u>	Ticket modérateur du bénéficiaire en fonction du statut mutuelliste (Montants au 1er janvier 2015).....	28
<u>Tableau 8</u>	Coûts horaires de l'aide familiale selon la zone géographique.....	30
<u>Tableau 9</u>	Nombre d'utilisateurs actifs selon l'âge et la région en 2013.....	31
<u>Tableau 10</u>	Nombre de titres achetés selon le profil de l'utilisateur en 2013.....	31
<u>Tableau 11</u>	Loyers mensuels moyens selon les arrondissements en Wallonie et le type de parc locatif.....	33
<u>Tableau 12</u>	Evolution des loyers des logements Bruxellois par commune.....	34
<u>Tableau 13</u>	Coûts énergétiques liés au logement par zone géographique.....	35
<u>Tableau 14</u>	Coûts de l'entretien liés au logement par zone géographique.....	35
<u>Tableau 15</u>	Coûts de télécommunication liés au logement par zone géographique.....	35
<u>Tableau 16</u>	Tarifs de location du matériel.....	37
<u>Tableau 17</u>	Répartition des lits MRPA/MRS selon la Région.....	38
<u>Tableau 18</u>	Prix d'hébergement moyens selon la Région et le pouvoir organisateur.....	39
<u>Tableau 19</u>	Allocations forfaitaires moyennes 2015 par région.....	39
<u>Tableau 20</u>	Composantes du forfait en MRPA et en MRS.....	42
<u>Tableau 21</u>	Montants de l'intervention « 3ème volet » pour le personnel de soins par qualification au 01/01/2016.....	43
<u>Tableau 22</u>	Montants prévisionnels budgétaires pour les MRS, MRPA et CSJ pour l'année 2015 par Région.....	44
<u>Tableau 23</u>	ETP infirmier par résident par profil de dépendance.....	44
<u>Tableau 24</u>	Honoraires de kinésithérapie en MRPA/MRS au 01/01/2016.....	45
<u>Tableau 25</u>	Temps de prestation et honoraires de kinésithérapie selon le lieu d'habitation.....	45
<u>Tableau 26</u>	ETP KEL par résident et par profil de dépendance.....	46
<u>Tableau 27</u>	ETP PRR par résident et par profil de dépendance.....	47
<u>Tableau 28</u>	ETP aide-soignant par résident et par profil de dépendance.....	49

<u>Tableau 29</u>	Hébergement moyen par région et par province selon le pouvoir organisateur.....	50
<u>Tableau 30</u>	Coût des boissons et des collations en supplément.....	51
<u>Tableau 31</u>	Coût régional par journée facturée de l'intervention '3ème volet' pour le personnel hôtelier/ administratif.....	52
<u>Tableau 32</u>	Synthèse des dispositions légales relatives au logement par région.....	54
<u>Tableau 33</u>	Synthèse des services obligatoires et facultatifs en résidence-services selon la région.....	55
<u>Tableau 34</u>	Prix moyen d'un logement selon la province.....	57
<u>Tableau 35</u>	Prix unitaire moyen des repas servis en Région Wallonne.	58
<u>Tableau 36</u>	Places d'accueil en fonctionnement selon la Région.	59
<u>Tableau 37</u>	Comparaison entre le centre d'accueil de jour et le centre de soins de jour.....	60
<u>Tableau 38</u>	Plafonds de tickets modérateurs par tranche de revenu pour l'année 2015.....	64
<u>Tableau 39</u>	Grille de concordance entre les niveaux de dépendance selon l'échelle de Katz.....	68
<u>Tableau 40</u>	Synthèse des coûts mensuels des charges de logement au domicile selon la zone géographique.....	70
<u>Tableau 41</u>	Synthèse des coûts mensuels des charges de logement en résidence-services selon la zone géographique.	71
<u>Tableau 42</u>	Synthèse des coûts mensuels des charges de logement en MRPA/MRS selon la zone géographique.	71
<u>Tableau 43</u>	Synthèse des coûts alimentaires mensuels selon le lieu d'habitation et le besoin d'assistance.....	72
<u>Tableau 44</u>	Synthèse des coûts alimentaires mensuels en cas de fréquentation d'un CJ.....	72
<u>Tableau 45</u>	Synthèse des coûts mensuels de la téléassistance selon le lieu d'habitation.....	72
<u>Tableau 46</u>	Synthèse des coûts mensuels de la location du matériel selon le lieu d'habitation.....	72
<u>Tableau 47</u>	Synthèse des tarifs mensuels des soins infirmiers selon le degré de dépendance et le statut du bénéficiaire à Bruxelles et en Brabant-Wallon.....	73
<u>Tableau 48</u>	Synthèse des tarifs mensuels des soins infirmiers selon le degré de dépendance et le statut du bénéficiaire dans la région de Mons-Borinage.....	74
<u>Tableau 49</u>	Synthèse du coût journalier du personnel de soins en institution selon le secteur, la catégorie de dépendance et la zone géographique.....	75
<u>Tableau 50</u>	Synthèse des coûts mensuels de la kinésithérapie selon la catégorie de dépendance, le lieu de résidence et le statut du bénéficiaire.	76
<u>Tableau 51</u>	Nombre de visites du médecin traitant selon la zone géographique et le lieu d'habitation en 2014.....	77
<u>Tableau 52</u>	Synthèse des coûts mensuels des visites du médecin traitant selon la zone géographique, le statut du bénéficiaire et le lieu d'habitation.....	77
<u>Tableau 53</u>	Synthèse des coûts mensuels des frais pharmaceutiques selon la zone géographique et le lieu d'habitation.....	78
<u>Tableau 54</u>	Coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique.....	78
<u>Tableau 55</u>	Synthèse du coût mensuel de l'aide ménagère selon le lieu d'habitation, le besoin d'assistance et la zone géographique.....	79

<u>Tableau 56</u>	Synthèse du coût mensuel pour 7 nuits de garde par semaine selon le lieu d'habitation.....	80
<u>Tableau 57</u>	Synthèse du coût mensuel de l'incontinence selon le lieu d'habitation.....	81
<u>Tableau 58</u>	Synthèse du coût mensuel lié à la fréquentation d'un centre de jour.....	81
<u>Tableau 59</u>	Revenu moyen par déclaration par zone géographique et seuil pour l'application du MAF.....	82
<u>Tableau 60</u>	Nombre de places disponibles en centre d'accueil de jour pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus pour les régions étudiées.....	87
<u>Tableau 61</u>	Anciennetés moyennes prises en compte dans l'analyse par qualification et par région.	101
<u>Tableau 62</u>	Synthèse des coûts salariaux selon la qualification et l'ancienneté calculée au point précédent.	101
<u>Tableau 63</u>	Norme du personnel dont doit disposer une MRPA et une MRS par catégorie de dépendance.	102
<u>Tableau 64</u>	Partie A1 : Financement des qualifications par catégorie et par jour (RW).....	102
<u>Tableau 65</u>	Partie A1 : Financement des qualifications par catégorie et par jour (BXL).....	103
<u>Tableau 66</u>	Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (RW).....	103
<u>Tableau 67</u>	Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (BXL).....	103
<u>Tableau 68</u>	Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (RW).....	104
<u>Tableau 69</u>	Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (BXL).....	104
<u>Tableau 70</u>	Détail du mode de calcul de la partie A3 relative au financement de l'harmonisation du barème des aides-soignants.....	105
<u>Tableau 71</u>	Montant journalier de l'intervention par région – Troisième volet.....	105
<u>Tableau 72</u>	Montant journalier de l'intervention par région– mesures de fin de carrière.....	105

LISTE DES PICTOGRAMMES

	MAISON DE REPOS		AIDE FAMILIALE
	MAISON DE REPOS ET DE SOINS		AIDE MÉNAGÈRE
	DOMICILE		SOINS INFIRMIERS
	TÉLÉSURVEILLANCE		GARDE DE NUIT
	PRORIÉTAIRE		SOINS MÉDICAUX
	LOCATAIRE		SOINS KINÉ
	FRAIS LIÉS AU LOGEMENT		SANTÉ MENTALE
	COÛT HÔTELIERS		DÉPENDANCE PHYSIQUE
	COÛTS SANITAIRES		CENTRE DE JOUR