FEMARBEL
FÉDÉRATION DES MAISONS DE REPOS

DOMICILE OU MAISON DE REPOS ?

QUEL ACCOMPAGNEMENT POUR QUEL COÛT

Juin 2021

TABLE DES MATIÈRES

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE 6

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 17

B. Honoraires, prix et remboursements 19

C. Le mode de facturation 21

{ 1.1.2. Les soins de kinésithérapie 21

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 26

{ 1.1.6. Les soins de pédicurie 27

{ 1.1.7. Les soins esthétiques 27

{ 1.1.8. Les aides pour les activités de la vie journalière 28

A. L'aide familiale ou l'aide senior 28

B. L'aide ménagère via les titres services 32

C. La garde à domicile 33

{ 1.1.9. L'incontinence 34

{ 1.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER À DOMICILE 35

A. Le logement 35

{ 1.2.1. Les coûts liés au logement 35

B. Les charges 37

{ 1.2.2. Les repas 38

{ 1.2.3. La sécurité 38

{ 1.2.4. Le matériel 40

{ 2. LA MAISON DE REPOS POUR PERSONNE ÂGÉE ET LA MAISON DE REPOS ET DE SOINS 41

{ 2.1. LE FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN MRPA/MRS 45

A. Définition 45

{ 2.1.1. Le secteur des maisons de repos et maisons de repos et de soins 45

{ 2.1.2. Les soins infirmiers 50

{ 2.1.3. Les soins de kinésithérapie 51

{ 2.1.4. Les prestations paramédicales 53

{ 2.1.5. Les soins médicaux 54

{ 2.1.6. Les frais pharmaceutiques 54

{ 2.1.7. Les soins de pédicurie 55

{ 2.1.8. Les soins esthétiques 55

{ 2.1.9. Les actes de la vie quotidienne 55

{ 2.1.10. Le matériel d'incontinence 56

{ 2.2. LE VOLET HÔTELIER EN MRPA/MRS 57
{ 2.2.1. L'hébergement 57
{ 2.2.2. Les repas 58
{ 2.2.3. Les tâches ménagères 59
{ 2.2.4. Le matériel 60
{ 2.2.5. La sécurité 60

{ 3. LA RÉSIDENCE-SERVICES 61
A. Définition 62
B. Financement 63

{ 3.1. FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN RÉSIDENCE-SERVICES 64
{ 3.1.1. Les soins infirmiers 64
{ 3.1.2. Les soins de kinésithérapie 64
{ 3.1.3. Les soins médicaux 64
{ 3.1.4. Les frais pharmaceutiques 64
{ 3.1.5. Les soins de pédicure et les soins esthétiques 64
A. Le loyer 65
B. Les charges locatives 65
{ 3.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière 65

{ 3.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER EN RÉSIDENCE-SERVICES 65
{ 3.2.1. Les coûts liés au logement 65
{ 3.2.2. Les repas 66
{ 3.2.3. La sécurité 66
{ 3.2.4. Le matériel 67

{ 4. LE CENTRE D'ACCUEIL ET LE CENTRE DE SOINS DE JOUR 68
{ 4.1. FINANCEMENT DU VOLET SANITAIRE EN CENTRE D'ACCUEIL ET CENTRE DE SOINS DE JOUR 69
{ 4.1.1. Définition 69
{ 4.1.2. Les soins infirmiers 70
{ 4.1.3. Les soins de kinésithérapie 71
{ 4.1.4. Les soins médicaux 71
{ 4.1.5. Les frais pharmaceutiques 71
{ 4.1.6. Aide pour les activités de la vie journalière 71
{ 4.1.7. Le matériel d'incontinence 71

{ 4.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER EN CENTRE D'ACCUEIL ET CENTRE DE SOINS DE JOUR 72
{ 4.2.1. Les coûts liés à la fréquentation du centre d'accueil de jour et du centre de soins de jour 72
{ 4.2.2. Les repas 72
{ 4.2.3. La sécurité 72
{ 4.2.4. Le matériel 72

{ 5. LE « MAXIMUM A FACTURER » 74

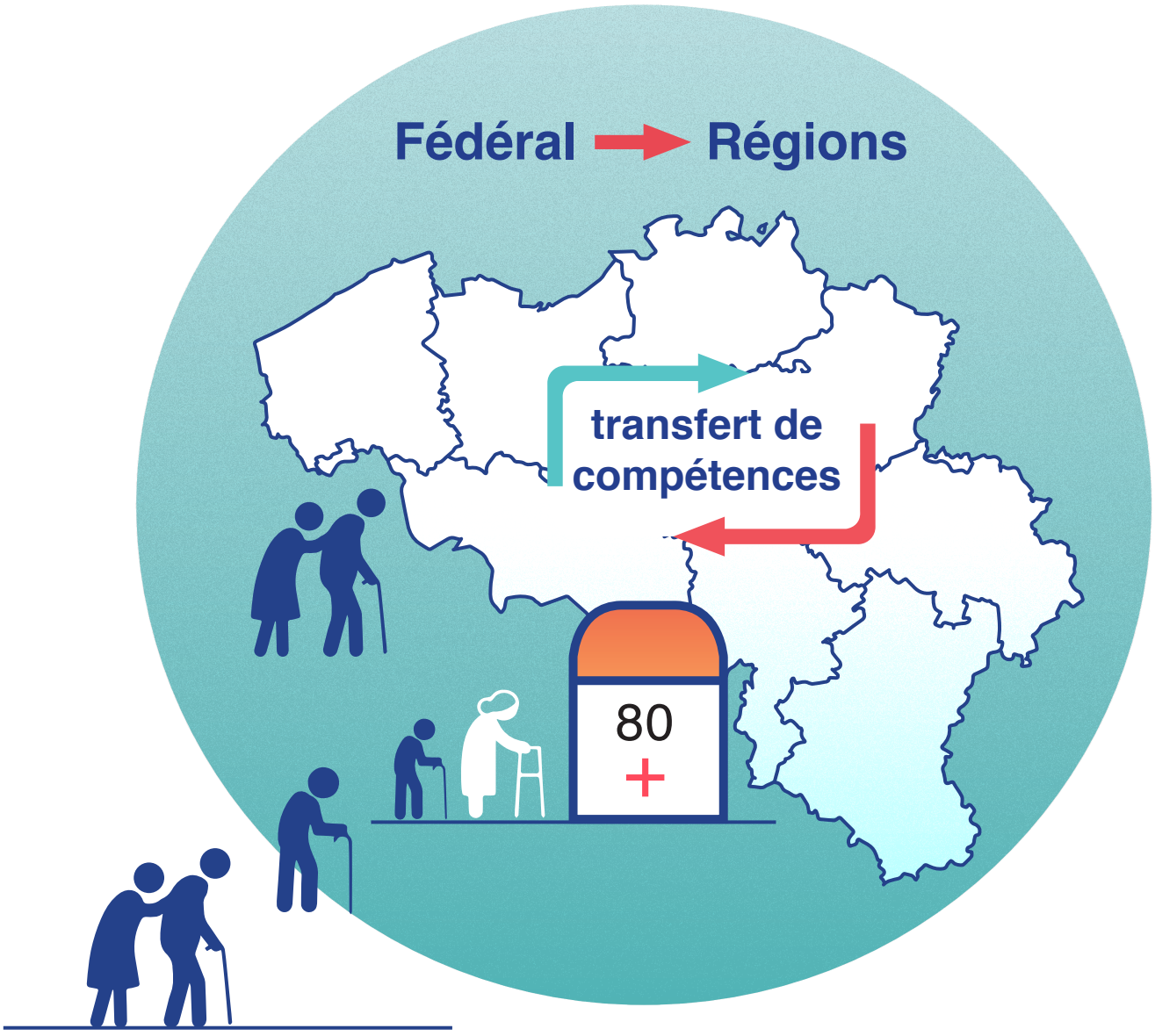
OUTIL D'ANALYSE DES COÛTS 75
{ 1. PARAMÈTRES DE L'OUTIL 77
{ 2. SYNTHÈSE DES COÛTS 80
{ 2.1. LES COÛTS HÔTELIERS 80
{ 2.1.1. Les coûts liés au logement 80
{ 2.1.2 Les coûts liés aux repas et aux denrées alimentaires 82
{ 2.1.3. Le coût lié au service de téléassistance 83
{ 2.1.4. Le coût lié à la location de matériel adapté 83
{ 2.2. LES COÛTS SANITAIRES 83
{ 2.2.1. Les coûts liés aux soins infirmiers à domicile et en résidence-services 84
{ 2.2.2. Le coût de la norme institutionnelle 85
{ 2.2.3. Les coûts liés à la kinésithérapie 86
{ 2.2.4. Les coûts liés aux soins médicaux 87
{ 2.2.5. Les frais pharmaceutiques 88
{ 2.2.6. Les coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique 88
{ 2.2.7. Les coûts liés à l'aide familiale à domicile 89
{ 2.2.8. Les coûts liés à l'aide ménagère 89
{ 2.2.9. Les coûts liés à la garde de nuit 90
{ 2.2.10. Les coûts liés à l'incontinence 91
A. Le centre d'accueil de jour 92
B. Le centre de soins de jour 92
{ 2.2.11. Le coût lié à la fréquentation d'un centre de jour 92
{ 2.2.12. Le « Maximum à facturer » 94
{ 2.3 COÛTS EXCLUS DE L'ÉTUDE 95
{ 3. ANALYSE DES COÛTS 98
{ 3.1. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA PERSONNE ÂGÉE 101
{ 3.2. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA RÉGION 103
{ 3.3 ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DU FÉDÉRAL 105
{ 3.4 ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA COLLECTIVITÉ 106
{ 4. CONCLUSIONS 108
ANNEXES 111
A L'ancienneté moyenne 112
B Le coût salarial par qualification 112
C La couverture en MRPA et MRS : calcul de la partie A1 113
D Le financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA 114
E La couverture en MRPA et MRS : incidence de la partie A2 115
F La couverture en MRPA et MRS : calcul de la partie A3 115
G La couverture en MRPA et MRS : le troisième volet 116
H Couverture en MRPA et MRS : les mesures de fin de carrière 116
VOCABULAIRE – TERMINOLOGIE 117
BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE 119
TABLE DES MATIÈRES DES GRAPHES 121

LISTE DES ABRÉVIATIONS

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
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
S.M.R	Société Mutualiste Règionale
T.M.	Ticket Modérateur

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

{ CONTEXTE



{ Le vieillissement démographique.

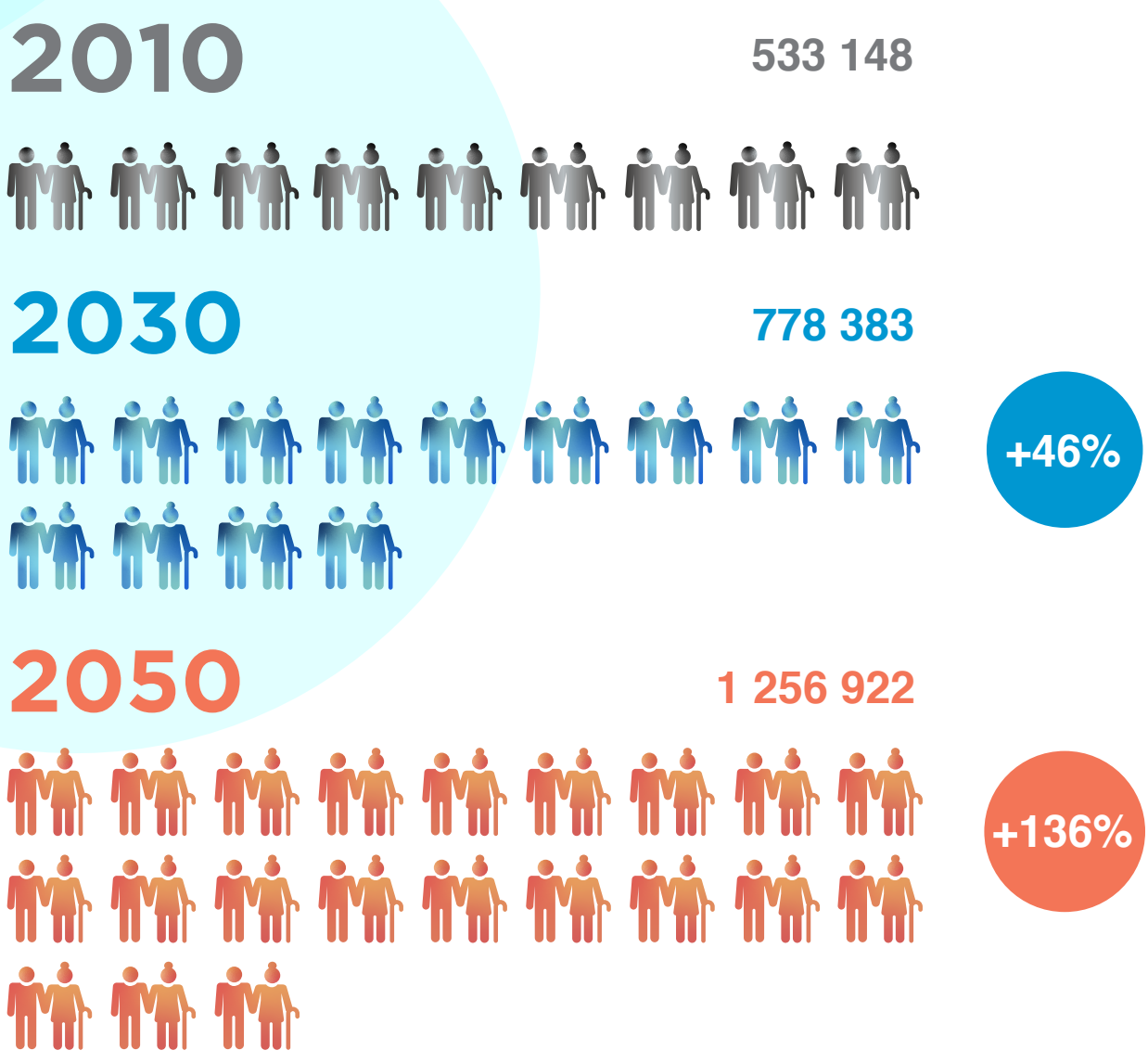
Le vieillissement de la population est une tendance marquante des pays industrialisés. Il s'agit de l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, expliquée notamment par la diminution de la fécondité et le recul de la mortalité.

La Belgique n'échappe pas à ce phénomène : le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter et celles-ci vivent de plus en plus longtemps. En 2030, la population âgée de 65 ans et plus atteindra 2 660 685 personnes, contre 1 860 159 personnes en 2010, soit une croissance de 43% en 20 ans. En 2050, on dénombrera 3 113 161 seniors de 65 ans et plus (+67% en 40 ans). Ils représenteront 25% de la population globale.

Alors que la Belgique comptait 533 148 personnes de 80 ans et plus en 2010, elles seront 778 383 en 2030 (+46%) et 1 256 922 en 2050 (+136%).

Enfin, le nombre de seniors de 90 ans et plus augmentera de 59 307 en 2010 à 147 281 en 2030 (+148%) et à 290 437 en 2050 (+390%).

Population des 80 ans et plus



Source : STATBEL, Perspectives de population au 01/01/2019

*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 tendance 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 résidentielles**[1] ».*

*En Belgique, la réflexion relative au défi du vieillissement s'est complexifiée avec la sixième réforme de l'État. 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 pour 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 régionale du gouvernement pour 2019-20242 prévoit «Le Gouvernement mettra tout en œuvre pour que la Wallonie soit une terre où les aînés puissent mener une vie épanouissante. ».
Cette note met e.a. la priorité sur : « Le Gouvernement fera une priorité du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui le souhaitent.
Le Gouvernement amplifiera en ce sens les services d'aide et de soins à domicile et augmentera la visibilité des centres de coordination de soins et de l'aide à domicile, notamment pour permettre aux personnes en manque d'autonomie qui le souhaitent de continuer à vivre chez elles, en rendant cette offre accessible financièrement. Pour ce faire, les métiers d'aide à domicile (aide familiale, aide-ménagère sociale, garde-malade à domicile) seront soutenus pour faire face à la pénurie et aux besoins croissants. Dans ce cadre, le statut d'employé pour les aides familiales et gardes-malades à domicile sera concrétisé.
Le Gouvernement diversifiera l'offre des lieux de vie, d'abord en favorisant des quartiers et villages intergénérationnels ainsi que toutes les formes de cohabitation en milieu de vie, de manière à désinstitutionnaliser positivement l'accueil des personnes âgées.
Le Gouvernement diversifiera ensuite l'offre de structures d'accueil et d'hébergement (maisons de repos et de soins, courts séjours, résidences services sociales, maisons communautaires, etc.) en garantissant des tarifs accessibles et transparents. Il sera attentif au besoin d'accueil des personnes les plus dépendantes en ce compris celles qui nécessitent un encadrement plus spécifique (personnes désorientées, personnes souffrant de maladie Alzheimer, etc.). Il favorisera les 97 structures qui adoptent un modèle respectueux des habitudes de vie des résidents, notamment en développant un projet proche d'une maison de vie, et encouragera les résidences-services sociales.
Dans cette optique, une révision des normes d'encadrement sera étudiée.
La programmation de nouvelles places en maisons de repos (MR) et en maisons de repos et de soins (MRS) qui était prévue pour 2019 et 2020 sera mise en œuvre. La programmation pour la période 2021 à 2031 selon le nouveau décret de réforme du financement sera revue afin de rencontrer les objectifs définis en matière de diversification de l'offre en hébergement ainsi qu'en adaptation d'habitats hors institutions spécifiques, en tenant compte de l'accessibilité financière pour les pensionnaires ainsi que la mixité sociale des pensionnaires au sein d'une même institution ou lieu de vie. »

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

[2] Déclaration de politique régionale 2019-2024 « Wallonie » - Chapitre 20 – Les aînés.

À Bruxelles, la priorité est également de développer le maintien à domicile des personnes âgées[3] .
« Le Gouvernement garantira dès lors à toute personne en perte d'autonomie une offre de services et de soins disponibles et accessibles, lui assurant de garder cette autonomie le plus longtemps possible. Il mettra en place et généralisera pour ce faire un modèle intégré d'aide et de soins de proximité, par quartier, visant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. »

Cette politique de maintien à domicile s'inscrit, entre autres, dans une volonté de respecter le choix de nos ainés de rester le plus longtemps possible chez eux. Il convient toutefois de garder à l'esprit les multiples évolutions qui peuvent faire obstacle à ce maintien.

Sans être exhaustifs, citons :

- L'augmentation de l'espérance de vie qui inscrit dans son sillage les risques de dépendances (Selon les statistiques Eurostat, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans du Belge atteignait, en 2018, 11,1 ans[4]),
- L'évolution des maladies aigües 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 réduit),
- La modification des habitudes de vie économique (travail des 2 membres du couple),
- La notion de « conflit générationnel » et la perte du rôle des « ainés » 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, il a été 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.

[3] Déclaration de Politique Générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission de la Commission Communautaire Commune (Législature 2019-2024) du 18 juillet 2019.

[4] Statistiques Eurostat, publication de février 2021, chiffres 2018

{ OBJECTIFS

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

- Quels 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 **15 mars 2021.**

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'accueils 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 et centres de soins 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.

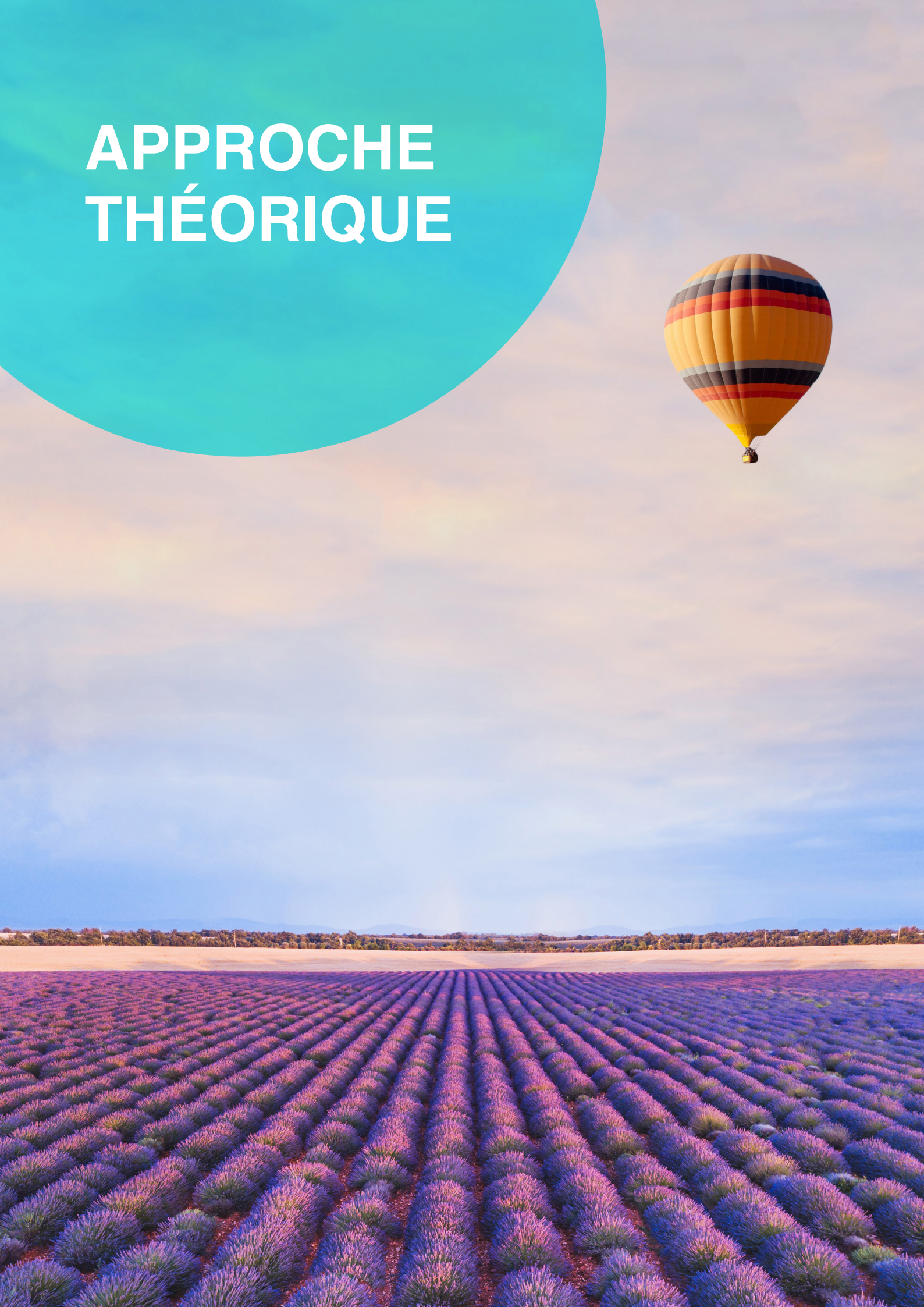
Le financement hôtelier comprend, quant à lui, les coûts liés :

- 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 règlementation 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'ils suscitent.

APPROCHE THÉORIQUE



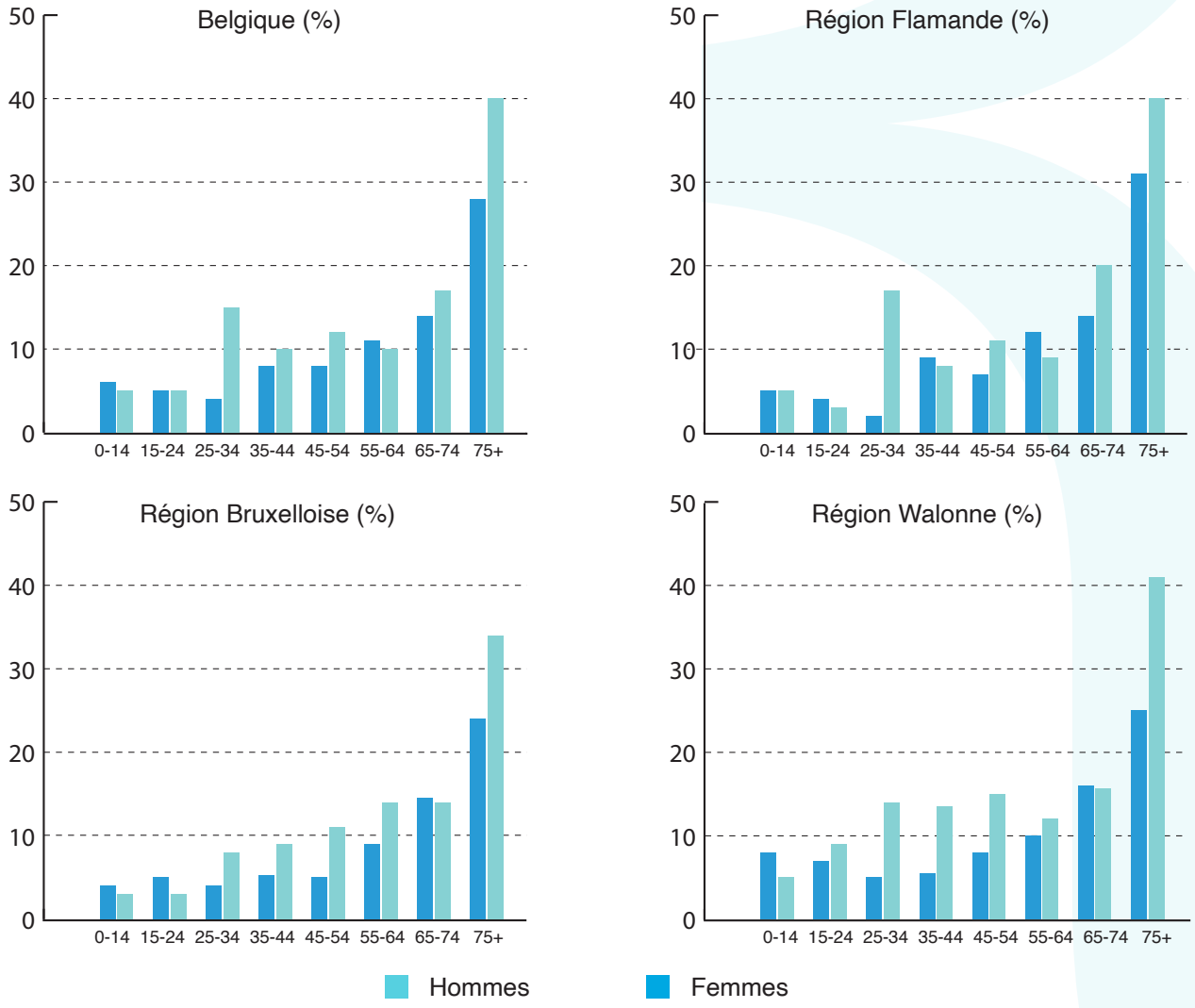
{ 1. LE DOMICILE

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 logement[5] .

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

Selon l'Enquête d'épidémiologie et santé publique 2018[6] , un quart des 65 ans et plus (25,2%) ont eu recours à un service de soins à domicile dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage est resté stable par rapport à 2013. Il n'y a pas de différences régionales.

Graphe 1 : Pourcentage de la population qui a eu recours à des services de soins et d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé, Belgique 2018[7]



[5] http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf.

[6] S. Drieskens, F. Berete, F. Renard. Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2020/14.440/22. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

[7] https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HS_FR_2018.pdf

Selon des données de *healthybelgium*[8], 13,6% de la population âgée de 65 ans et plus reçoit des soins infirmiers de longue durée (8,5% dans les établissements résidentiels et 5,1% à domicile).
Ces résultats varient cependant fortement en fonction de l'âge :

- Chez les personnes âgées de 65 à 69 ans, la proportion est de 1% en institution et de 1,5% à domicile.
- Chez les personnes âgées de plus de 90 ans, la proportion dépasse 40% pour les soins en établissement (14% pour les soins à domicile).
- Les femmes sont plus souvent concernées que les hommes (11% vs 5,2% en institution ; 6% vs 4% en soins à domicile).

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

- Les formes d'aide et de soins existants 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.

Trois mesures importantes sont planifiées pour ce secteur pour la période 2019 - 2024[9] :

- Le Gouvernement soutiendra les projets innovants entre le domicile et la maison de repos classique, alternatives aux structures résidentielles de long séjour pour les ainés qui ont besoin d'une aide ponctuelle.
- La reprise de la gestion de l'aide aux personnes âgées (APA) est prévue au 1er janvier 2021. Le Gouvernement veillera à la continuité des droits des personnes lors du transfert et confiera aux organismes assureurs un rôle d'opérateur. Parallèlement, une évaluation du système actuel de l'APA sera réalisée et permettra le cas échéant de l'adapter aux besoins de la population.
- Le Gouvernement amplifiera en ce sens les services d'aide et de soins à domicile et augmentera la visibilité des centres de coordination de soins et de l'aide à domicile, notamment pour permettre aux personnes en manque d'autonomie qui le souhaitent de continuer à vivre chez elles, en rendant cette offre accessible financièrement. Pour ce faire, les métiers d'aide à domicile (aide-familiale, aide-ménagère sociale, garde-malade à domicile) seront soutenus pour faire face à la pénurie et aux besoins croissants. Dans ce cadre, le statut d'employé pour les aides-familiales et gardes-malades à domicile sera concrétisé.

A Bruxelles, les mesures sont les suivantes :

- Le Gouvernement garantira à toute personne en perte d'autonomie une offre de services et de soins disponible et accessible, lui assurant de garder cette autonomie le plus longtemps possible en mettant en place un modèle intégré d'aide et de soins de proximité, par quartier, visant le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.
- Dans le cadre de la reprise de l'allocation pour personnes âgées (APA) suite à la VIe Réforme de l'Etat, le Gouvernement s'engage à maintenir cette aide et à examiner la possibilité d'augmenter le plafond de revenus permettant d'y avoir accès ainsi que de lier l'évolution du montant au bien-être.
- Le Gouvernement travaillera au développement d'alternatives aux maisons de repos, en apportant une attention particulière à l'accessibilité financière ainsi qu'en soutenant l'investissement public.
- Dans le cadre du plan global social-santé, le Gouvernement établira une nouvelle programmation des structures de maintien à domicile, d'accueil et d'hébergement des personnes âgées.
- Pour la politique d'hébergement des personnes âgées, le Gouvernement exécutera l'ordonnance moratoire pour les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les centres de court séjour en adoptant l'arrêté qui autorise la reconversion des lits MRPA en lits MRS et CS. Le Gouvernement développera une nouvelle réglementation en matière d'agrément, de contrôle, de sanctions (y compris intermédiaires) et de suivi des établissements pour personnes âgées et Le Gouvernement soutiendra un meilleur encadrement et une plus grande transparence des prix au sein des maisons de repos, par un prix de base couvrant obligatoirement tous les frais indispensables. Il poursuivra le rééquilibrage entre les secteurs public et non marchand d'une part, et le secteur privé commercial d'autre part.

[8] https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/care-for-the-elderly#ELD-2

[9] Déclaration de politique régionale 2019-2024 « Wallonie » - Chapitre 20 – Les aînés.

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 de santé 2018[10] , 11,2% de la population utilisait un des services de soins à domicile, soit une augmentation significative par rapport à 2013 (8,6%). Contrairement aux Régions flamande et wallonne, cette proportion a diminué en Région bruxelloise entre 2013 (27,3%) et 2018 (22,0%). Ce sont principalement les femmes et les personnes âgées qui font appel à un service de soins à domicile.
Un quart (25,2%) des personnes âgées de 65 ans et plus ont utilisé ce service en 2018 contre 24,7% en 2013.

Malgré le vieillissement de la population, la proportion d'utilisateurs chez les personnes âgées est restée stable depuis 2013, alors qu'elle a augmenté dans la population générale. Parmi les personnes de 65 ans et plus, ce sont également les femmes, les 75 ans et plus et les personnes peu qualifiées qui ont le plus souvent recours à un service de soins à domicile.

D'autres études indiquent également que les femmes utilisent beaucoup plus que les hommes les services de soins à domicile. Vu que les hommes ont une espérance de vie plus courte que les femmes, ce sont principalement les femmes qui vivent seules dans la vieillesse. Les hommes qui ont besoin de soins à domicile et d'aide domestique peuvent compter davantage sur leur partenaire que les femmes à cette fin, ce qui explique pourquoi ils font moins appel aux services formels.

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 législation[11] .

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, …

[10] S. Drieskens, F. Berete, F. Renard. Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; 2020/14.440/22. Disponible en ligne : www.enquetesante.be

[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.

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 assureur[12]. 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.

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

- Le nombre de toilettes (2 ou 7) qui peut être tarifié par semaine.
- Le **type de forfait** (A, B ou C) qui peut être tarifié par le prestataire.

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

	CRITÈRES DE DÉPENDANCE DE L'ÉCHELLE DE KATZ					
NOMBRE DE TOILETTES REMBOURSABLES PAR SEMAINE	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

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

Tableau 2 : **Score minimum de l'échelle de Katz déterminant le type de forfait à domicile**

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

Source : INAMI

Pour la tarification via les forfaits, un nombre moyen de visites journalières du prestataire au domicile du patient est fixé[13].

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 nomenclature[14] 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 faible (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 quotidienne (Forfaits A, B et C de l'échelle de Katz).

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

[14] Article 8 de la nomenclature

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 palliatifs, le forfait pour prestations dispensées aux patients diabétiques).

Le tableau ci-dessous présente le montant des honoraires, des remboursements et des tickets modérateurs (au 01/01/2021) pour les codes nomenclatures relatifs au passage:

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

Tableau 3 : **Interventions OA et TM selon le type de prestations en soins infirmiers au domicile du bénéficiaire au 01/01/2021**

STATUT DU BENEFICIAIRE	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	7,36	7,36	10,65	13,75	20,53	31,80	47,21	43,49	64,78
Ticket Modérateur Bénéficiaire **Non** Préférentiel	2,44	2,44	3,54	4,58	6,84	3,53	5,24	4,83	7,19
TOTAL	**9,80**	**9,80**	**14,19**	**18,33**	**27,37**	**35,33**	**52,45**	**48,32**	**71,97**
Intervention OA Bénéficiaire **Préférentiel**	9,54	9,54	13,93	18,07	27,11	35,07	52,19	48,06	71,71
Ticket Modérateur Bénéficiaire **Préférentiel**	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26	0,26
TOTAL	**9,80**	**9,80**	**14,19**	**18,33**	**27,37**	**35,33**	**52,45**	**48,32**	**71,97**

Source : INAMI

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.

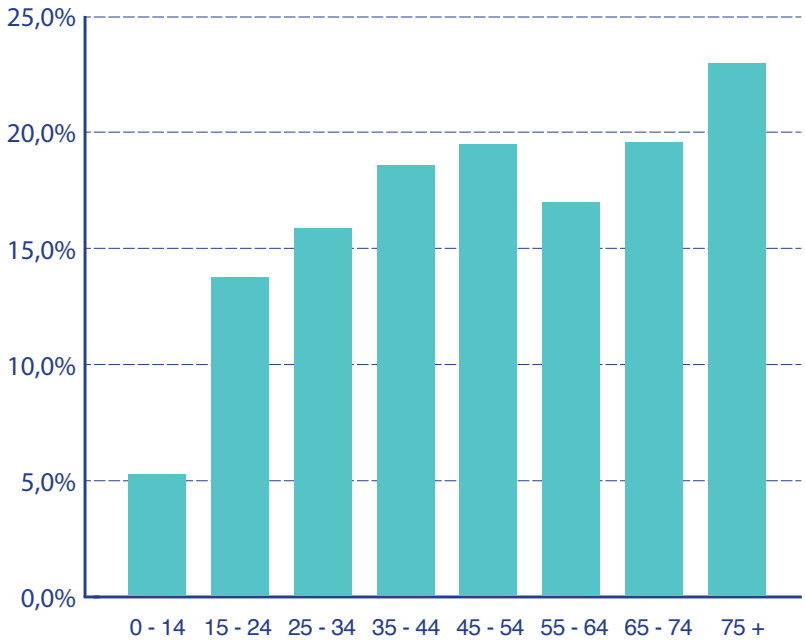
La facturation en ligne

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.

Graphe 2 : **Pourcentage de la population qui a consulté un kinésithérapeute**



Source : Enquête de Santé Publique, 2013 - ISP

A. CLASSIFICATION DES PATHOLOGIES

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

Les pathologies ordinaires

Le patient bénéfice 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 aigües (ex : opération)

Le patient bénéficie d'un rapport écrit 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 aigüe 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 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 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 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 01/01/2021**

CATEGORIE DE PRESTATION	PRESTATION		MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BENEFICIAIRE					
	NOMBRE DE SEANCES	TIMING		BENEFICIAIRE NON PREFERENTIEL		BENEFICIAIRE PREFERENTIEL	
			HONORAIRES	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR
PATHOLOGIES ORDINAIRES	18 séances (CN : 560313)	30'	23,63 €	17,38 €-	6,25 €	21,13 €	2,50 €
	après 18 séances (CN : 560350)	30'	23,63 €	5,95 €	17,68 €	9,70 €	13,93 €
PATHOLOGIES AIGUES	60 séances (CN : 563312)	30'	23,63 €	18,13 €	5,50 €	21,63 €	2,00 €
	après 60 séances (CN : 563356)	30'	23,63 €	6,70 €	16,93 €	10,20 €	13,43 €
PATHOLOGIES CHRONIQUES	60 séances (CN : 563916)	30'	25,00 €	19,50 €	5,50 €	23,00 €	2,00 €
	après 60 séances (CN : 564336)	30'	23,63 €	18,13 €	5,50 €	21,63 €	2,00 €
PATHOLOGIES LOURDES (CN : 563916)	Pas de limitation	30'	25,00 €	19,50 €	5,50 €	23,00 €	2,00 €
SOINS PALLIATIFS (CN : 564211)		30'	22,26 €	22,26 €	0,00 €	22,26 €	0,00 €

{ 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 INAMI 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 01/01/2021**

CATEGORIE DE PRESTATION	PRESTATION	MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BENEFICIAIRE					
				BENEFICIAIRE NON PREFERENTIEL		BENEFICIAIRE PREFERENTIEL	
	NOMBRE DE SEANCES	TIMING	HONORAIRES	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR
TROUBLES DU LANGAGE ORAL ET/OU DE LA PAROLE	480/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
APHASIE	480/4 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
TROUBLES ACQUIS SUITE A UNE INTERVENTION RADIO THERAPEUTIQUE OU CHIRURGICALE TETE/COU	192/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
DYSGLOSSIES TRAUMATIQUES OU PROLIFERATIVES	288/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
DYSARTHRIES		30'					
TROUBLES CHRONIQUES DE LA PAROLE CONSECUTIFS A DES AFFECTIONS NEUROMUSCULAIRES	520/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
SEQUELLES DE LARYNGECTOMIE	480/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
DYSFONCTIONNEMENT DU LARYNX ET/OU DES PLIS VOCAUX	80/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
TROUBLES DE L'OUIE	520/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
DYSPHASIE	480/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €
DYSPHASIE	384/2 ans	30'	28,33 €	22,83 €	5,50 €	26,33 €	2,00 €

Source : INAMI

{ 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 règlementation 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'honoraires 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 (âge, malade 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.
« L'utilisation du DMG a augmenté au fil des années, avec une couverture passant de 32,1% en 2003 à 67,5% en 2016. Des différences peuvent s'observer en fonction de l'âge des patients. La couverture des personnes plus âgées est meilleure que celle des jeunes : 84,9% des patients âgés de 75 ans et plus ont un DMG, alors que, pour les moins de 45 ans, ce pourcentage n'est que de 62%. » [15]

Tableau 6 : **Honoraires du médecin généraliste dans le cadre d'une visite médicale au domicile du bénéficiaire au 01/01/2021**

LIBELLE	HONORAIRES	INTERVENTION OA	
		BENEFICIAIRE NON PRÉFÈRENTIEL	BENEFICIAIRE PRÉFÈRENTIEL
Visite par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103132)	40,04 €	26,03 €	36,92 €
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103412)	32,01 €	20,81 €	29,55 €
Visite à l'occasion d'un même déplacement pour plus de deux bénéficiaires par un médecin généraliste sur base de droits acquis (CN : 103434)	30,02 €	19,52 €	27,93 €

Source : INAMI

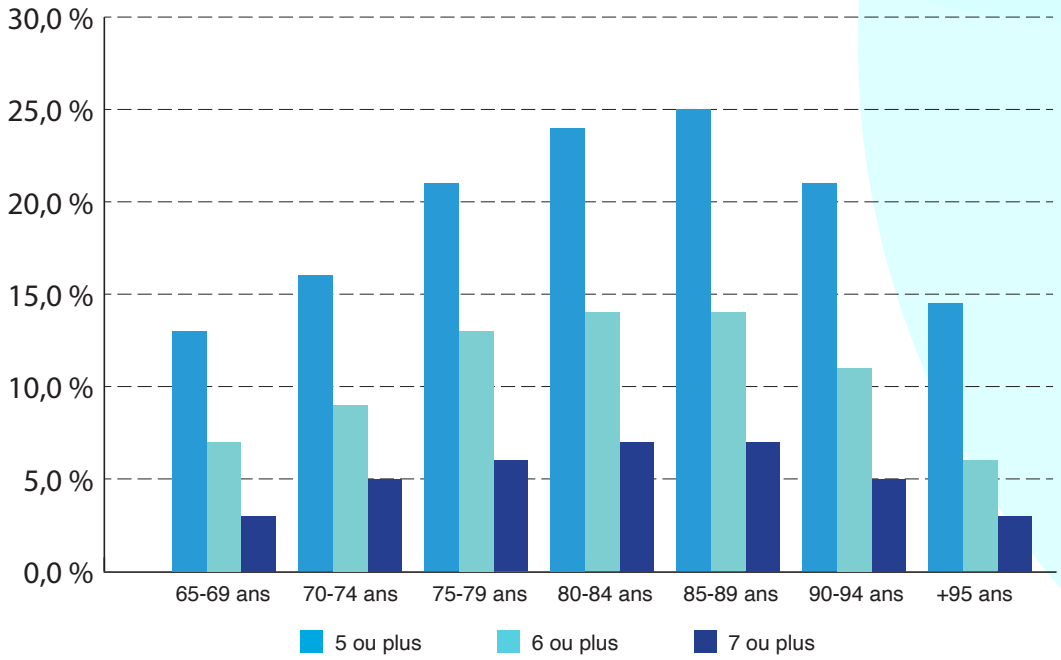
[15] KCE – Performance du système de santé belge – 2019. www.kce.fgov.be

1.1.5. Les frais pharmaceutiques

Selon les chiffres de l'INAMI, près d'un belge de plus de 65 ans sur cinq (19%) et près d'un sur quatre de plus de 75 ans (23%) fait usage d'un ou plusieurs médicaments de manière chronique. Dans les maisons de repos, on observe chez les résidents une prise moyenne de 8 médicaments par jour, dont 88% sont à usage chronique.

Une étude sur la polymédication chez les personnes âgées réalisée par l'INAMI montre que le nombre de patients polymédiqués s'accroît avec l'âge.

Graphe 3 : **Pourcentage de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge**



Pharmanet, INAMI situation 31-12-2012. Infospot sur la polymédication chez les personnes âgées (mars 2014).

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 par catégorie (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)**

	BENEFICIAIRE NON PRÉFÈRENTIEL	BENEFICIAIRE PRÉFÈRENTIEL
CATEGORIE A		
Médicaments contre le cancer, le diabète, l'epilepsie, …	Pas de ticket modérateur (1)	Pas de ticket modérateur (1)
CATEGORIE B		
Antibiotiques, médicaments contre l'excès de cholestérol, l'asthme, l'hypertension, …	Un petit ticket modérateur avec un max. de * 12,10 € * 15,00 € pour un grand conditionnement (2)	Un petit ticket modérateur avec un max. de * 8,00 € * 9,90 € pour un grand conditionnement (2)
CATEGORIE C		
Expectorants, anti-excès d'acidité gastrique	Un ticket modérateur moyen avec un max. de 15,00 €	Un ticket modérateur moyen avec un max. de 9,90 €
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.		

Source : INAMI

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 ses cheveux, 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 varient 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 :

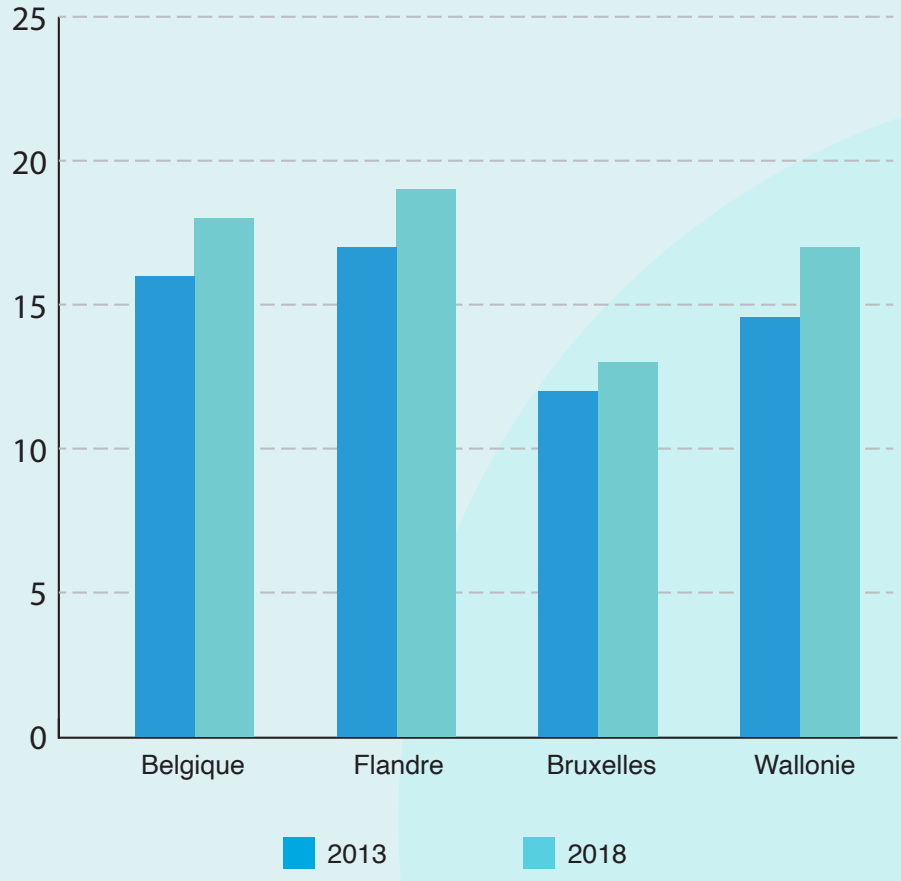
- l'aide familiale ou l'aide sénior pour les activités de la vie journalière,
- l'aide-ménagère pour les aspects hôteliers via les titres-services notamment,
- la garde à domicile.

A. L'AIDE FAMILIALE OU L'AIDE SENIOR

Le pourcentage de personnes de 65 ans et plus ayant eu recours à une aide domestique (aide familiale ou aide aux personnes âgées) au cours des 12 derniers mois est plus élevé en 2018 (18,2%) qu'en 2013 (16,1%), mais la différence n'est pas significative.

Au sein des 3 régions, il n'y a pas non plus de différences significatives entre 2013 et 2018 en ce qui concerne le recours à l'aide domestique (aide familiale ou aide aux personnes âgées).

Graphe 4 : **Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior) au cours des 12 derniers mois, par région et par année**



Source : Enquête de Santé, Belgique, 2018

Le pourcentage de femmes de 65 ans et plus (21,8%) utilisant une aide domestique (aide familiale ou aide aux personnes âgées) est sensiblement plus élevé que celui des hommes (13,6%). Il existe également une différence significative selon le groupe d'âge : les 75 ans et plus (28,2%) utilisent plus souvent ce service que les personnes âgées de 65 à 74 ans (9,1%).

En Région flamande et en Région wallonne, il existe des différences significatives entre les sexes dans le recours à l'aide domestique (aide familiale ou aide aux personnes âgées) : 22,8% contre 14,7% et 21,3% contre 12,1% respectivement chez les femmes et chez les hommes. Dans toutes les régions, le pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus qui utilisent ce service (respectivement 29,2%, 20,3% et 28,3% en Régions flamande, bruxelloise et wallonne) est nettement supérieur au pourcentage de personnes âgées de 65 à 74 ans (respectivement 9,9%, 7,5 % et 8,2%).

Graphe 5 : **Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior) au cours des 12 derniers mois, par sexe, par âge et par région**

Source : Enquête de Santé, Belgique, 2018

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 Régions[16]. 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.

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 Ministres[17].

L'intervention forfaitaire de la COCOM s'élève à 28€[18] 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 pour[19] :

- l'ancienneté,
- le personnel administratif,
- le responsable de l'accompagnement,
- 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 200 heures par trimestre en faveur d'un bénéficiaire unique[20] (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.

[16] RW : articles 219 à 260 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

[17] 25 OCTOBRE 2007. - Arrêté du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile.

[18] (*) 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 ménagers des services d'aide à domicile (MB : 21/03/2013)

[19] Articles 341,342, 343,344 et 348 du CRWASS

[20] Art. 241 du code wallon de l'action sociale et de la santé.

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

	COCOM	REGION WALLONNE
CONTRIBUTION DU BENEFICIAIRE PAR HEURE PRESTEE	**de 0,59 € à 9,00 €**	**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.

Des études réalisées par IDEA CONSULT en 2013 et 2018 revèlent que :

- 24 % des utilisateurs de titres-services en Belgique ont 65 ans ou plus.
- En Région Wallonne, les 65+ représentent 29,4% des utilisateurs.
- A Bruxelles, c'est 24,6%.

Tableau 9 : **Nombre d'utilisateurs actifs selon l'âge en région de Bruxelles-Capitale en 2018**

	BRUXELLES	
	Nombre	%
< 35 ANS	16.603	15,6%
ENTRE 35 ET 44 ANS	25.878	24,3%
ENTRE 45 ET 54 ANS	22.008	20,6%
ENTRE 55 ET 64 ANS	15.941	14,9%
ENTRE 65 ET 79 ANS	16.419	15,4%
> = 80 ANS	9.814	9,2%
TOTAL	106.663	100%

Source: IDEA Consult rapport final pour le SPRB Economie et emploi - 15 octobre 2019

Tableau 10 : **Nombre de titres achetés selon l'âge de l'utilisateur en Région de Bruxelles-Capitale en 2018**

	NOMBRE MOYEN DE TITRES ACHETES	NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE	NOMBRE D'UTILISATEURS
< 35 ANS	95	1,8	16.603
35-64 ANS	161	3,1	63.827
>= 65 ANS	144	2,8	26.233
TOTAL	146	2,8	106.663

Source: IDEA Consult rapport final pour le SPRB Economie et emploi - 15 octobre 2019

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 €. Elle est de 9 € pour les 400 premiers titres-services et les 100 derniers au prix de 10 €[21] (800 + 200 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.

La déduction fiscale au bénéfice des utilisateurs a été réduite en 2016 à 15% au lieu de 30% précédemment, ce qui correspond à une réduction d'impôt de 1,35€ par titre-service (au lieu de 2,7€).

En Région wallonne, le régime avait été modifié dès 2015 avec une déduction fiscale réduite à 10% pour les 150 premiers titres-services émis sur l'année. Par contre, la Région flamande a maintenu une déduction fiscale de 30%.

L'intervention fédérale à destination des entreprises de 'Titres-services' agréées s'élève à 23,14 € par titre service émis depuis le 1er juillet 2018.

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 seul 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 optimaliser 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'emploi[22] .

La Région Wallonne octroie une subvention forfaitaire[23] pour les gardes à domicile d'un montant de 4.448 € par ETP /an afin d'intervenir dans les frais d'encadrement et les heures inconfortables. Une subvention forfaitaire d'un montant de 1.082 € par ETP est également octroyée aux employeurs du secteur privé pour les gardes à domicile APE[24] .

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.

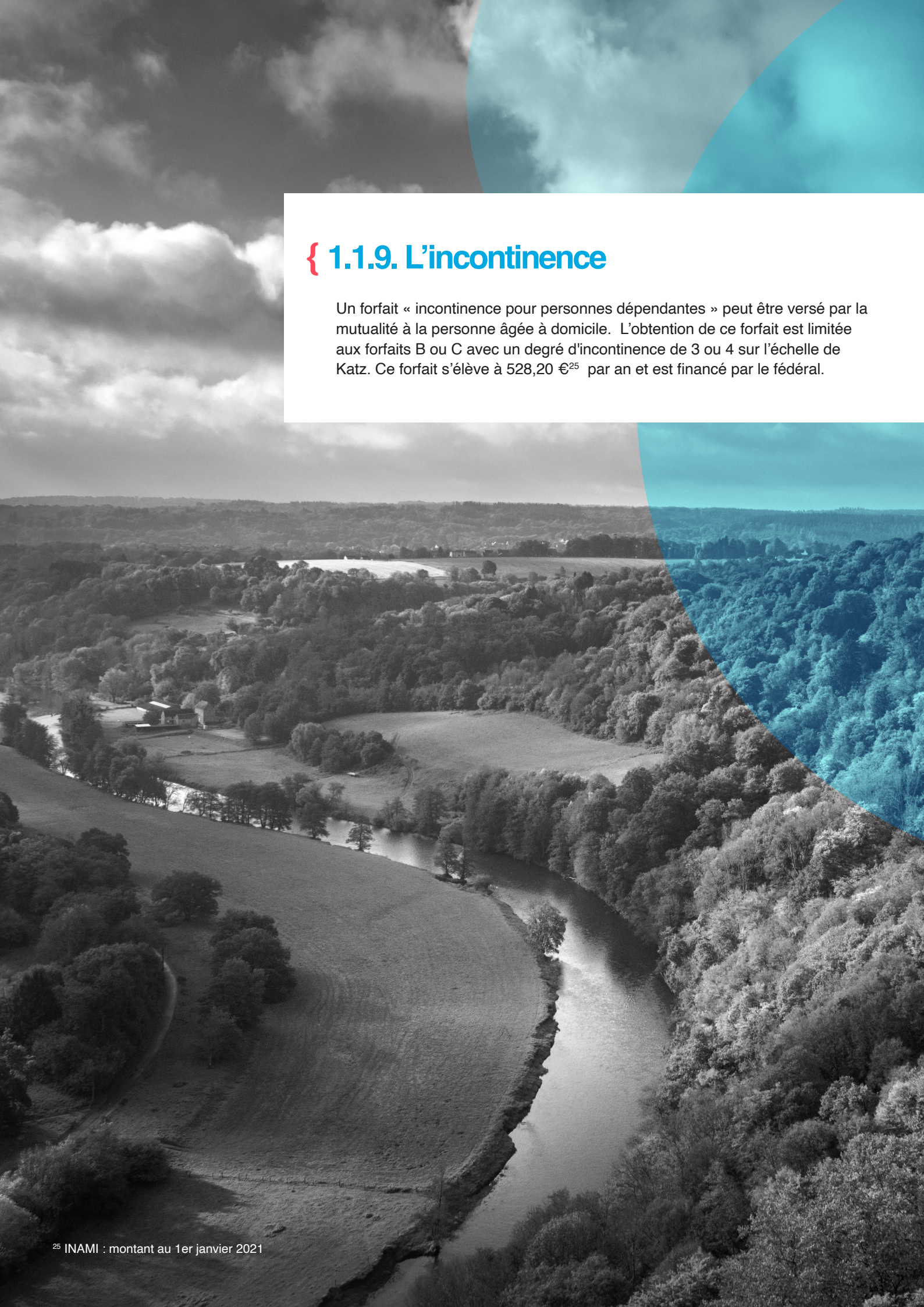
Dans les faits, la garde à domicile et plus spécifiquement la garde de nuit est « officiellement » peu développée.

[21] Dans certains cas, il est possible d'acheter jusque 2000 titres-services par an au prix de 9 € l'unité. Il en est ainsi d'un utilisateur handicapé ou d'un utilisateur avec un enfant handicapé à charge.

[22] 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.

[23] Art. 251 du CWASS et 345 du CWRASS – Montants liés à l'indice pivot 110,52 (base 2004).

[24] Art. 252 du CWASS et 346. du CWRASS



{ 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 528,20 €[25] par an et est financé par le fédéral.

[25] INAMI : montant au 1er janvier 2021

1.2. FINANCEMENT DU VOLET HÔTELIER À DOMICILE

1.2.1. Les coûts liés au logement

A. LE LOGEMENT

Selon une enquête de Statbel[26] sur le budget des ménages, les dépenses moyennes des ménages en Belgique se sont élevées à près de 35.764 € en 2018. De ce montant, 35,6% sont consacrés au logement : 10.837 € pour le logement en lui-même (loyer, charges, dépenses énergétiques, entretien et réparation du logement) et 1.878 € pour l'achat de meubles et d'appareils ménagers, l'entretien courant (produits ménagers), l'outillage pour la maison et le jardin, etc. Les autres gros postes de dépense sont l'alimentation, les boissons et le tabac (16% soit 5.744 €) et les transports (11,4% soit 4.065 €).

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.

Tableau 11 : **Loyers mensuels moyens selon les arrondissements en Wallonie**

	LOYER MOYEN, EN €	LOYER MOYEN, EN €/m²
Province du Brabant wallon		
NIVELLES	811,24 €	9,88 €
Province de Hainaut		
ATH	601,40 €	7,60 €
CHARLEROI	546,85 €	7,17 €
MONS	559,92 €	7,22 €
LA LOUVIERE	573,73 €	8,23 €
SOIGNIES	650,85 €	8,75 €
THUIN	612,47 €	8,66 €
TOURNAI-MOUSCRON	571,10 €	7,21 €
Province de Liège		
HUY	634,55 €	7,70 €
LIEGE	587,55 €	8,33 €
VERVIERS	598,76 €	8,68 €
WAREMME	671,99 €	8,06 €

[26] https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages

	LOYER MOYEN, EN €/m²	LOYER MOYEN, EN €
Province de Luxembourg		
ARLON	703,66 €	9,20 €
BASTOGNE	599,36 €	7,47 €
MARCHE-EN-FAMENNE	596,00 €	6,74 €
NEUFCHATEAU	636,05 €	7,85 €
VIRTON	631,74 €	7,94 €
Province de Namur		
DINANT	634,84 €	8,15 €
NAMUR	835,55 €	8,59 €
PHILIPPEVILLE	618,70 €	8,18 €

Source : CEHD, Enquête sur les loyers privés en Wallonie 2018

A Bruxelles en 2018, un locataire bruxellois devait débourser en moyenne la somme de 749 € pour son loyer. Si 50% des locataires payaient un montant inférieur à 700 €, un quart d'entre eux devaient s'acquitter d'un loyer de plus de 830 € par mois. Divers facteurs détermineront le prix du loyer tels que le nombre de chambres, la date de construction du bâtiment ou encore la position géographique.
Ainsi les communes qui enregistrent les loyers mensuels moyens les plus élevés sont Woluwe-Saint-Pierre (938 €), Watermael-Boitsfort (866 €), Uccle (862 €), Ixelles (780 €) et Woluwe-Saint-Lambert (778 €).

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

	LOYER MENSUEL MOYEN ACTUALISÉ				
	-2008-	-2011-	-2015-	-2017-	-2018-
ANDERLECHT	478 €	536 €	627 €	663 €	647 €
AUDERGHEM	681 €	673 €	758 €	772 €	760 €
BERCHEM SAINTE-AGATHE	522 €	558 €	665 €	674 €	726 €
BRUXELLES-VILLE	548 €	609 €	677 €	678 €	733 €
ETTERBEEK	548 €	638 €	752 €	723 €	769 €
EVERE	542 €	624 €	736 €	725 €	752 €
FOREST	536 €	646 €	677 €	701 €	751 €
GANSHOREN	579 €	625 €	708 €	739 €	714 €
IXELLES	547 €	714 €	736 €	689 €	780 €
JETTE	532 €	605 €	647 €	654 €	743 €
KOEKELBERG	488 €	596 €	688 €	653 €	685 €
MOLENBEEK SAINT-JEAN	480 €	567 €	624 €	680 €	673 €
SAINT-GILLES	509 €	605 €	684 €	649 €	729 €
SAINT-JOSSE-TEN-NOODE	442 €	507 €	550 €	601 €	638 €
SCHAERBEEK	520 €	554 €	665 €	664 €	685 €
UCCLE	703 €	819 €	881 €	823 €	862 €
WATERMAEL-BOITSFORT	736 €	808 €	957 €	717 €	866 €
WOLUWÉ-SAINT-LAMBERT	632 €	741 €	808 €	796 €	778 €
WOLUWÉ-SAINT-PIERRE	817 €	827 €	824 €	878 €	938 €
RÉGION BRUXELLOISE	511 €	640 €	709 €	700 €	749 €

Source : Enquête sur les loyers à Bruxelles (2018) - Service public régional de Bruxelles - IBSA

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 2018 (SPF économie) détaillent le budget annuel moyen dédicacé à ces postes selon la Région.

Tableau 13 : **Coûts énergétiques liés au logement par zone géographique**

	WALLONIE	BRUXELLES
EAUX DE DISTRIBUTION & COLLECTE DÉCHETS	288 €	321 €
COMBUSTIBLES & ÉLECTRICITÉ	1.184 €	809 €
ASSURANCE LOGEMENT	248 €	161 €
TOTAL ANNUEL	1.720 €	1.291 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	4,71 €	3,54 €

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

	WALLONIE	BRUXELLES
ENTRETIEN RÉPARATION LOGEMENT	225 €	127 €
ARTICLES MÉNAGERS - PRODUITS ENTRETIEN	152 €	161 €
TOTAL ANNUEL	377 €	288 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	1,03 €	0,79 €

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

	WALLONIE	BRUXELLES
EQUIPEMENTS	26 €	40 €
SERVICES	443 €	438 €
TOTAL ANNUEL	469 €	478 €
MOYENNE JOURNALIÈRE	1,28 €	1,31 €

Sources : SPF économie - Statbel Enquête relative au budget des ménages 2018.

{ 1.2.2. Les repas

Selon l'enquête relative au budget des ménages (2018), le budget moyen consacré aux denrées alimentaires (Boissons alcoolisées comprises) s'élève à 2.234€ par an soit 6,12€ par jour par personne. Dans ce budget, 2,33€ 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 quotidien 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 déjeuner. 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),
- " gamme " et de composition du repas (Potage,repas, dessert),
- adaptabilité du repas aux régimes (diabétique, sans sel, pauvre en graisse, …) et à la capacité de déglutition,
- conditionnement (Repas chauds ou à réchauffer, repas sur plateaux, en raviers, 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 6,79 € par jour et par personne pour la livraison du repas principal[27] 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 telle 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 moyens appliqués vont de 17 à 23 €/mois.

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

[27] 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 chrétiennes, la Croix-Rouge de Belgique, Pharmamed et la mutualité socialiste.

Tableau 16 : **Tarifs de location du matériel (2021)**

MATERIEL	LOCATION MENSUELLE	COUT PAR JOUR
LIT ÉLECTRIQUE AVEC BARRIÈRES	56,50 €	1,86 €
CHAISE PERCÉE	8,33 €	0,27 €
MATELAS PRÉVENTION	57,33 €	1,89 €
TOTAL	122,16 €	4,02 €

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

Au 30 juin 2020, le secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins comptait 147.869 lits. Ces lits sont répartis entre 1.519 institutions dont 553 en Région wallonne et 140 à Bruxelles.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des lits selon la région et la taille moyenne par établissement.

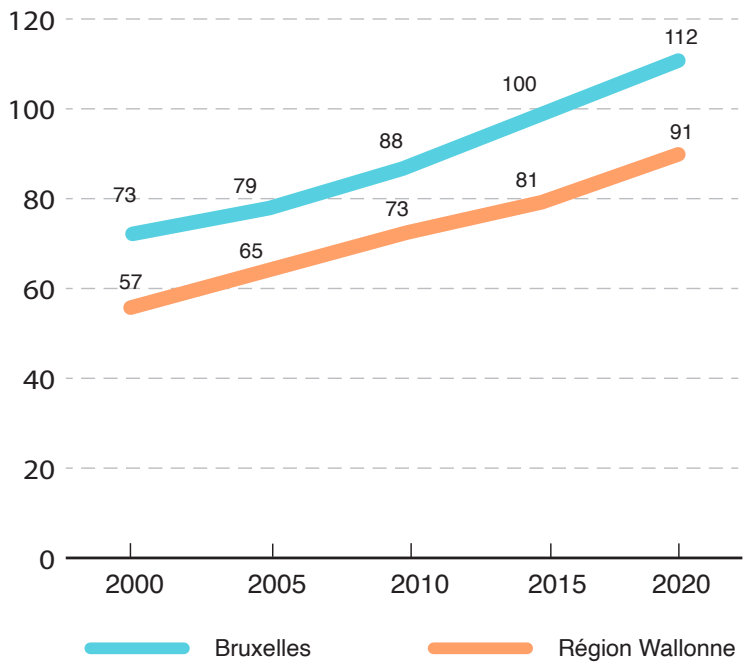
Tableau 17 : **Répartition des lits MRPA/MRS selon la Région**

	BRUXELLES	REGION WALLONNE	FLANDRE	BELGIQUE
NOMBRE D'ETABLISSEMENTS	140	553	826	1.519
NOMBRE DE LITS MRPA/ MRS/ CS/CC	15.631	50.495	81.743	147.869
TAILLE MOYENNE PAR ETABLISSEMENT	112	91	99	97

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

- Une augmentation importante du nombre de lits (Entre 2004 et 2020, plus de 20 000 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,
- Une professionnalisation des travailleurs (valorisation du personnel bénéficiant d'une spécialité en gériatrie, soins palliatifs, obligation de qualification des aides-soignants, …).
- La disparition de nombreuses structures de petite taille ;

Graphe 7: **Evolution de la taille moyenne d'une institution**



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 2021 pour les régions Wallonne et Bruxelloise, le budget des MR, MRS et CSJ représente un montant de EUR 1,2 milliards.

En l'absence d'un cadastre des prix d'hébergement, il est difficile de préciser les prix pratiqués par le secteur.
Selon les données de la fédération des CPAS (région wallonne) et d'Infor-Homes pour Bruxelles, **le prix d'hébergement moyen varie selon la région et le pouvoir organisateur : il est plus élevé à Bruxelles.**

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

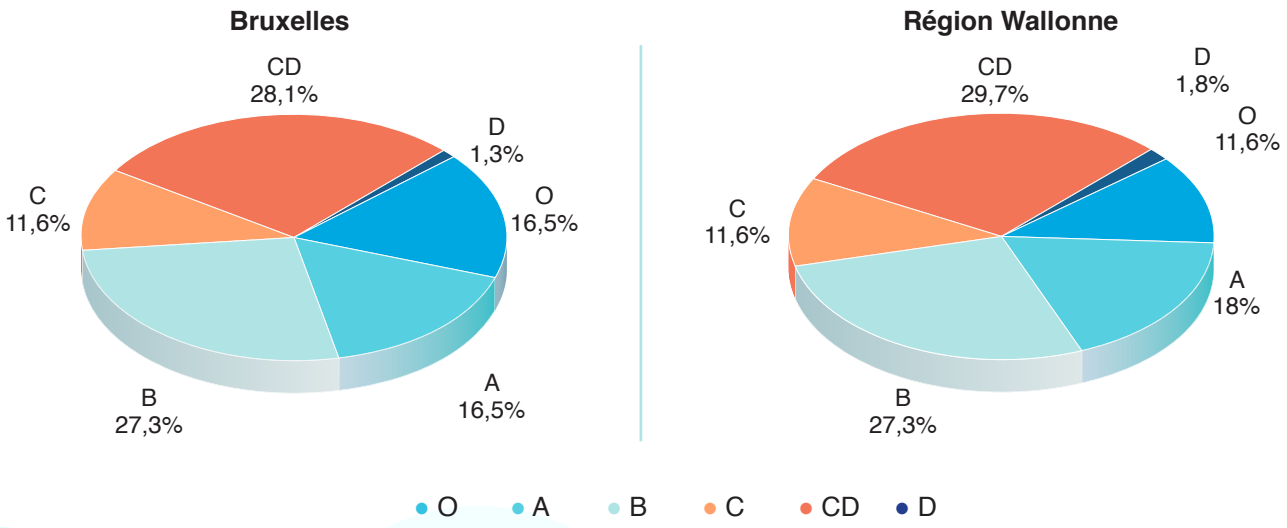
	CPAS	PRIVE	ASBL	TOTAL
RÉGION BRUXELLOISE	52,98 €	59,46 €	60,37 €	58,44 €
RÉGION WALLONNE	43,80 €	51,70 €	51,50 €	49,00 €

Source RW ; Fédération des CPAS, évolution des prix en maison de repos en Wallonie - 01-10-2019

Source Bxl ; Infor-Homes Bruxelles, Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2019

Le graphe ci-dessous présente le profil des résidents admis durant la période allant du 1er juillet 2019 au 30 juin 2020.

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



source : AViQ & Iriscare; statistiques période de référence juillet 2019 à juin 2020

La Région Wallonne bénéficie d'une part de lits MRS plus importante et accueille un profil de résidents plus lourd que la Région Bruxelloise avec, pour conséquence, un forfait journalier moyen supérieur. Le tableau ci-dessous présente ces données ainsi que l'allocation forfaitaire journalière 2021 selon la région.

Tableau 19 : **Allocations forfaitaires moyennes 2021 par région, couverture MRS et cas lourds (à charge de la Région)**

	FORFAIT 2021	% lits MRS	% Cas lourds
RÉGION BRUXELLOISE	**49,20 €**	**38,7%**	**66,99%**
Privé	47,44 €	30,6%	68,42%
Associatif	54,25 €	51,8%	69,26%
Public	50,57 €	51,7%	62,01%
RÉGION WALLONNE	**53,07 €**	**46,6%**	**70,46%**
Privé	50,16 €	39,4%	70,32%
Associatif	56,85 €	52,9%	73,44%
Public	54,59 €	53,0%	68,28%

source Femarbel 2021

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. DÉFINITION

Le secteur est composé de 2 types d'institutions : 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, destinée 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 paramédicaux [28] ».

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'annexe 120 du Code règlementaire Wallon de l'action sociale et de la santé, « 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 nécessaires à la vie quotidienne et sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent ;
- 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 kinésithérapeutiques 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.

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

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.

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 : Résident diagnostiqué « dément » par un médecin spécialiste (psychiatre, neurologue, gériatre)**

La MRS est réservée aux profils de dépendance dits « lourds » à savoir les profils B, C, Cd[29] . La MRPA accueille tous les profils.

B. LE FINANCEMENT

Suite à la 6ème réforme de l'État, **le financement des MRPA – MRS est une compétence transférée aux entités fédérées (régions/communautés) depuis le 1er janvier 2019.**

La maison de repos et la maison de repos et de soins bénéficient de quatre types de financement de la région[30] :

- L'intervention journalière (ou forfait),
- Le troisième volet,
- Les mesures "fin de carrière,"
- Les subsides à l'investissement (sous conditions).

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 aux régions 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 (casemix) 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] AR du 03-07-1996-art.148

[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 et les aides - soignants, 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 quelques 96% du montant total du forfait.

Pour ce qui est de 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 de soins** 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 01/03/2020**

QUALIFICATION	COUT SALARIAL '3ème VOLET' PAR ETP
INFIRMIER A1	7.436,39 €
INFIRMIER A2	7.045,70 €
AIDE-SOIGNANT	11.305,30 €
KEL	3.345,30 €
PRR	3.345,30 €

Pour le secteur Public, l'intervention est de 3.897,13 € pour le personnel de soins toute qualification confondue

Contrairement au forfait que les MRPA/MRS facturent aux mutualités, l'intervention « 3ème volet » est directement payée par les entités fédérées 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 législation[31] prévoit 3 sauts d'âge avec 3 niveaux de RTT ou de prime :

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

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

Les régions interviennent 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[32].

Tableau 22 : Montants versés pour les MRS, MRPA et CSJ pour la période de référence juillet 2019 à juin 2020 par Région

RÉGION WALLONNE	**46.832.926 €**
RÉGION BRUXELLOISE	**14.779.835 €**

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.

[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

[32] Source : AViQ & Iriscare – Données période de référence juillet 2019 à juin 2020 – Montants réels versés aux institutions.

{ 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 : plus le profil du résident est « lourd », 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 DEPENDANCE	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.

{ 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 au 01/01/2021**

CATEGORIE DE PRESTATION	PRESTATION		MONTANT EN FONCTION DU STATUT DU BENEFICIAIRE				
	NOMBRE DE SEANCES	TIMING		BENEFICIAIRE NON PREFERENTIEL		BENEFICIAIRE PREFERENTIEL	
			HONORAIRES	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR	INTERVENTION OA	TICKET MODERATEUR
PATHOLOGIES ORDINAIRES	18 séances	20'	13,23 €	11,23 €	2,00 €	12,23 €	1,00 €
	après 18 séances	20'	13,23 €	4,56 €	8,67 €	5,56 €	7,67 €
PATHOLOGIES AIGUES	60 séances	20'	13,23 €	11,23 €	2,00 €	12,23 €	1,00 €
	après 60 séances	20'	13,23 €	5,30 €	7,93 €	6,30 €	6,93 €
PATHOLOGIES CHRONIQUES	60 séances	20'	13,23 €	11,23 €	2,00 €	12,23 €	1,00 €
	après 60 séances	20'	13,23 €	5,30 €	7,93 €	6,30 €	6,93 €
PATHOLOGIES LOURDES	Pas de limitation	20'	13,23 €	11,23 €	2,00 €	12,23 €	1,00 €

Source : INAMI

Le système du tiers payant qui dispense l'assuré, 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	HONORAIRES
DOMICILE	30 minutes	23,63 €
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 résidents[33] *; »*

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 par profil de dépendance**

PROFIL DE DEPENDANCE	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.

[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. - annexe 120 (CRWASS) 9.3.9.

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 tarifiée 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;
- 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 gezinswetenschappen » ;
- 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, par profil de dépendance**

PROFIL DE DEPENDANCE	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 des honoraires 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 des honoraires de 3,25 € (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 tarifiées 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 à domicile, les soins de pédicure 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 à 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 les parties 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 et d'un visa (Echelle barémique 1.35).

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

PROFIL DE DEPENDANCE	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 0,34 € 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 éventuels. 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)

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

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

PROVINCE		2018
BRABANT WALLON	CPAS	46,30 €
	Privé	63,40 €
	ASBL	65,20 €
HAINAUT	CPAS	44,00 €
	Privé	46,30 €
	ASBL	45,80 €
LIÈGE	CPAS	41,10 €
	Privé	48,30 €
	ASBL	48,00 €
LUXEMBOURG	CPAS	44,70 €
	Privé	53,20 €
	ASBL	49,50 €
NAMUR	CPAS	42,70 €
	Privé	47,50 €
	ASBL	48,70 €
RÉGION WALLONNE	CPAS	43,80 €
	Privé	51,70 €
	ASBL	51,50 €
	Total	49,00 €
RÉGION BRUXELLOISE	CPAS	52,98 €
	Privé	59,46 €
	ASBL	60,37 €
	Total	58,44 €

Source RW ; Fédération des CPAS, évolution des prix en maison de repos en Wallonie - 01-10-2019

{ 2.2.2. Les repas

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

- 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 2018 (SPF économie), ces produits (boissons, biscuits, fruits, ….) représentent un coût moyen de 1,20 € par personne par jour.

Tableau 30 : **Coût des boissons et des collations en supplément**

PRODUIT	€/ANNEE
BISCUITS	77 €
FRUITS	190 €
BOISSONS	170 €
TOTAL	437 €
TOTAL PAR JOUR	1,20 €

{ 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 : (Annexe 120 - CRWASS - 9.2.)

« 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 du 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 du 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 les régions via l'intervention « 3ème volet ». Le montant de cette intervention s'élève à 10.889,65 €[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, perçoit une intervention qui correspond à un montant de 3.897,13 € par équivalent temps plein soins.

Sur base des données de financement relatives au calcul de l'intervention « 3ème volet » pour l'année 2020, le montant de l'intervention pour le personnel hôtelier et administratif en MRPA, MRS et CSJ s'élève, tous secteurs confondus, à 68.112.489 € pour la Région Wallonne et à 20.013.915 € 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
3,98 €	4,34 €

[34] Montant au 01/04/2020.

{ 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;

	RÉGION WALLONNE		RÉGION BRUXELLOISE	
	MRPA	MRS	MRPA	MRS
De lits réglables en hauteur et adaptés aux besoins du résident.	✓	✓		✓
Du matériel requis en vue de la prévention des escarres.	✓	✓		✓

{ 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 RESIDENCE-SERVICES

À ce jour, la résidence-services ne fait pas 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 4.039 logements agréés en résidences-services en Région Wallonne[35]. A Bruxelles, le nombre de logements reconnus s'élève à 1.716[36].

A. DEFINITION

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 doit 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 règlementaires en matière de logements et de services selon la région.

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

<table>
<tr><th></th><th>RW</th><th>COCOM</th></tr>
<tr><td rowspan="5">COMPOSITION LÉGALE DU LOGEMENT INDIVIDUEL</td><td colspan="2">Une salle de séjour</td></tr>
<tr><td>Un espace cuisine avec hotte, frigo et table de cuisson</td><td>Une cuisine équipée avec cuisinière électrique avec four, hotte, four à micro-onde et frigo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Une chambre à coucher</td></tr>
<tr><td colspan="2">Une salle de bains et une toilette</td></tr>
<tr><td>Un raccordement téléphone / télédistribution</td><td>Un raccordement téléphone / télédistribution / internet</td></tr>
<tr><td rowspan="4">ESPACES COMMUNS OBLIGATOIRES</td><td colspan="2">Un local « buanderie » (lessiveuse + séchoir)</td></tr>
<tr><td>La mise à disposition dans la salle polyvalente d'une télévision et d'une radio</td><td rowspan="2">Une salle polyvalente disposant de la télédistribution et d'une borne internet</td></tr>
<tr><td>La mise à disposition dans la salle polyvalente d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique et l'accès à internet</td></tr>
<tr><td colspan="2">Un WC accessible</td></tr>
<tr><td>SUPERFICIE</td><td>35m² (45m² pour les logements mis en exploitation à partir du 01/01/2015)</td><td>32 m² pour une personne et 40 m² pour 2 personnes (la chambre séparée est d'au moins 12 m²)</td></tr>
</table>

[35] AViQ – liste des établissements pour aînés – 01/03/2021

[36] Infor-Homes asbl – Rapport 2018 – 31/12/2018

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

<table>
<tr><th></th><th>RW</th><th>COCOM</th></tr>
<tr><td rowspan="4">SERVICES OBLIGATOIRES</td><td>Acquittement des appels dans les 15 minutes de sa survenance</td><td rowspan="2">Permanence de jour comme de nuit par un membre du personnel ayant une formation de secouriste</td></tr>
<tr><td>Permanence de 7h00 à 19h00</td></tr>
<tr><td>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</td><td>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)</td></tr>
<tr><td colspan="2">L'entretien des locaux communs, l'aménagement des abords, l'entretien du bâtiment,…</td></tr>
<tr><td rowspan="4">SERVICES OBLIGATOIRES À DISPOSITION DES RÉSIDENTS QUI LE SOUHAITENT</td><td colspan="2">L'entretien des vitres intérieures et extérieures</td></tr>
<tr><td>Trois repas par jour</td><td>Les repas du midi et du soir</td></tr>
<tr><td>Le nettoyage hebdomadaire du logement privé</td><td>Les services de l'aide familiale ou ménagère (via convention particulière)</td></tr>
<tr><td>L'entretien du linge personnel</td><td></td></tr>
</table>

B. 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 sociales[37]. Ces subventions sont toutefois limitées aux secteurs public et associatif.

[37] 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 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 l'étude.

Le personnel de la maison de repos et de la maison 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, aigües, lourdes, chroniques et les 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 bénéficaire 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 pédicure et les soins esthétiques

Les prestations de pédicure et de coiffure sont effectuées et tarifiées au même titre qu'à 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 2014, le montant mensuel moyen pour cette prestation s'élevait à 106 € (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 de 2014, le coût moyen mensuel de ce service s'élevait à 64 €.

3.2. FINANCEMENT DU VOLET HOTELIER EN RESIDENCE-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 argumenté que pour 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 de base, charges et prix total mensuel par secteur d'activités**

ZONE / SECTEUR		PRIX	PRIX TOTAL
RÉGION WALLONNE	COMMERCIAL	Moyen	1.478,3 €
		Médian	1.370,0 €
	ASSOCIATIF	Moyen	1.074,0 €
		Médian	1.058,7 €
	PUBLIC	Moyen	1.078,9 €
		Médian	1.089,4 €
RÉGION BRUXELLOISE			**1.652 €**

Sources : SPW- DGO5 -Enquête 2015 - Bxl 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**

	Minimum	Maximum
PETIT DÉJEUNER	2,60 €	2,70 €
DÎNER	7,00 €	7,90 €
SOUPER	3,60 €	3,90 €
TOTAL PAR JOUR :	**13,20 €**	**14,50 €**

Source : Rapport bisannuel 2014

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 escarre, …).

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	458 places	7 centres agréés par la COCOF 3 centres agréés par la COCOM
CENTRE DE SOINS DE JOUR	489 places	145 places

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'aîné de bénéficier d'un cadre sécurisant et adapté aux jours choisis. Les normes relatives aux centres d'accueil sont définies par les autorités régionales.

Tableau 37 : **Comparaison entre le Centre d'Accueil de Jour et le Centre de Soins de Jour**

	CAJ	CSJ
DÉFINITION	**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 »[1]	« 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]
	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 »[2]	
	COCOM : « un bâtiment ou partie d'un bâtiment, quelle qu'en soit sa dénomination, implanté dans une maison de repos ou en liaison avec une maison de repos, offrant une structure d'accueil, pendant la journée, à des personnes âgées vivant à domicile et qui bénéficient au sein du centre des aides et des soins appropriés à leur perte d'autonomie »[3]	« Un bâtiment ou une partie de bâtiment, quelle qu'en soit la dénomination, implanté dans une maison de repos ou en liaison avec une maison de repos, offrant une structure de soins de santé qui prend en charge, pendant la journée, des personnes âgées fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile »[5]
CAPACITÉ D'ACCUEIL	**RW :** De 5 résidents minimum à 30 résidents maximum.	En Région Wallonne, l'ouverture de places en CSJ résulte de la requalification de places CAJ.
	COCOF : de minimum 15 personnes et maximum 40 personnes accueillies simultanément.	A Bruxelles, les places résultent d'un agrément (min 5 places et maximum 15 places)
PROFIL DES USAGERS	Accessible à toutes les personnes âgées de 60 ans au moins.	Réservé aux profils de dépendance B, C, Cd et D
PERSONNEL	**RW :** Présence permanente d'au moins un membre du personnel à l'intérieur du centre d'accueil.	Présence de personnel de soins qualifié salarié ou statutaire. Norme exprimée par 15 usagers[6] • Infirmier : 0,50 ETP • Aide-soignant : 2,03 ETP • KEL : 0,35 ETP • PRR : 0.60 ETP Une permanence par l'une de ces qualifications doit être assurée pour garantir l'accueil et les soins aux personnes.
	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.	
	COCOM : Le centre dispose de personnel suffisant en nombre et en qualification pour assurer une aide à la vie journalière et la participation aux activités. La présence d'au moins un membre du personnel salarié est assurée en permanence. Tous les membres du personnel doivent au minimum disposer du brevet de secouriste.	

	CAJ	CSJ
FINANCEMENT	**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. »	Financement via une intervention journalière forfaitaire des entités fédérées. Le montant du forfait journalier est versé, par l'intermédiaire des organismes assureurs, pour chaque usager accueilli durant 6 heures minimum. Pour l'année 2020, ce montant s'élève à 51,60 €. L'intervention dans les frais de transport de 0,36 € par kilomètre est 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 admis. Celle-ci est toutefois limitée à un maximum de15 kilomètres par trajet.
	COCOF : Subvention forfaitaire de 60.000 euros à titre d'intervention dans les frais de personnel et de fonctionnement du service d'accueil de jour.	
	COCOM : Subventionnement en fonction des crédits disponibles.	

[1] CRWASS – article 334 d)

[2] Décret du 22 mars 2007.

[3] Ordonnance du 24 avril 2008 article 2 e)

[4] CRWASS – article 334 f)

[5] Ordonnance du 24 avril 2008 article 2 d)

[6] AR 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 – article N2 annexe 2.C.

Annexe 122 du CRWASS – article 12.3.1.

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 jour[38]. 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 8h30 et 18 heures[39]. Toujours à Bruxelles, pour la COCOM, le centre doit être accessible au minimum 5 jours par semaine et au minimum 6 heures par jour, entre 9 et 17 heures[40]

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

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

{ 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 (par 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.

[38] Annexe 122. Normes applicables aux centres d'accueil de jour, de soirée et/ou de nuit et aux centres de soins de jour.

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

[40] Art.198-2° de l'Arrêté du Collège réuni du 3 décembre 2009 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

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 prestations, 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 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 ces services en fonction de ses besoins.

Les honoraires et remboursements sont basés sur la nomenclature applicable aux sections 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'usager bénéficie, sans supplément, de l'aide pour les activités de la vie journalière.
En dehors du centre, la personne âgée peut faire appel :

- A une aide familiale pour assurer les tâches de la vie quotidienne,
- Aux services prestés via les titres-services,
- A la garde à domicile,

4.1.7. Le matériel d'incontinence

En centre 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 et 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 (par ex. participation à une excursion, …) peuvent faire l'objet d'un supplément. En région wallonne, le prix journalier moyen est de 20,8 €[41].

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 offerts 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 maisons de repos et de soins en matière de sécurité (système détection, indendie, …) 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).

[41] Enquête 2015, SPW-DGO5 Direction des aînés.

{ 5. LE « MAXIMUM A FACTURER »

L'étude a, entre autres, comme objectif d'évaluer un 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, analyse 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 2021**

LIMITES DE REVENUS MAF PAR MÉNAGE - 2021	PLAFONDS
JUSQUE 19.420,20 €	487,08 €
ENTRE 19.420,21 - 29.854,92 €	703,56 €
ENTRE 29.854,93 - 40.289,68 €	1.082,40 €
ENTRE 40.289,69 - 50.289,65 €	1.515,36 €
A PARTIR DE 50.829,66 €	1.948,32 €

Source : INAMI

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

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 487,08 € par an.

Quel que soit le MAF, le plafond peut être diminué de 108,24 € lorsque le total des parts personnelles d'un des membres du ménage s'élève à minimum 477,54 € 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).

OUTIL D'ANALYSE DES COÛTS

L'objectif de l'étude est de comparer le coût à charge de l'individu d'une part et des autorités (régionale et/ou fédérale) 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 intégrés 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. PARAMETRES DE L'OUTIL

Dix paramètres *(P 1 à P 10)* ont été identifiés, dans l'étude, comme ayant une incidence sur les coûts sanitaires et/ou hôteliers.

1. LA ZONE GÉOGRAPHIQUE (P1)

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 de l'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 (P2)

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).

3. LE RÉGIME D'ASSURABILITÉ (P3)

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 (P4)

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 :

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.

5. LE BESOIN D'ASSISTANCE (P5)

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.

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 (P6),
- La location du **matériel adapté** (au domicile et en résidence-services) (P7),
- La fréquentation **d'un centre d'accueil de jour** (P8),
- 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** (P9), 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'un garde-nuit** au domicile. (P10).

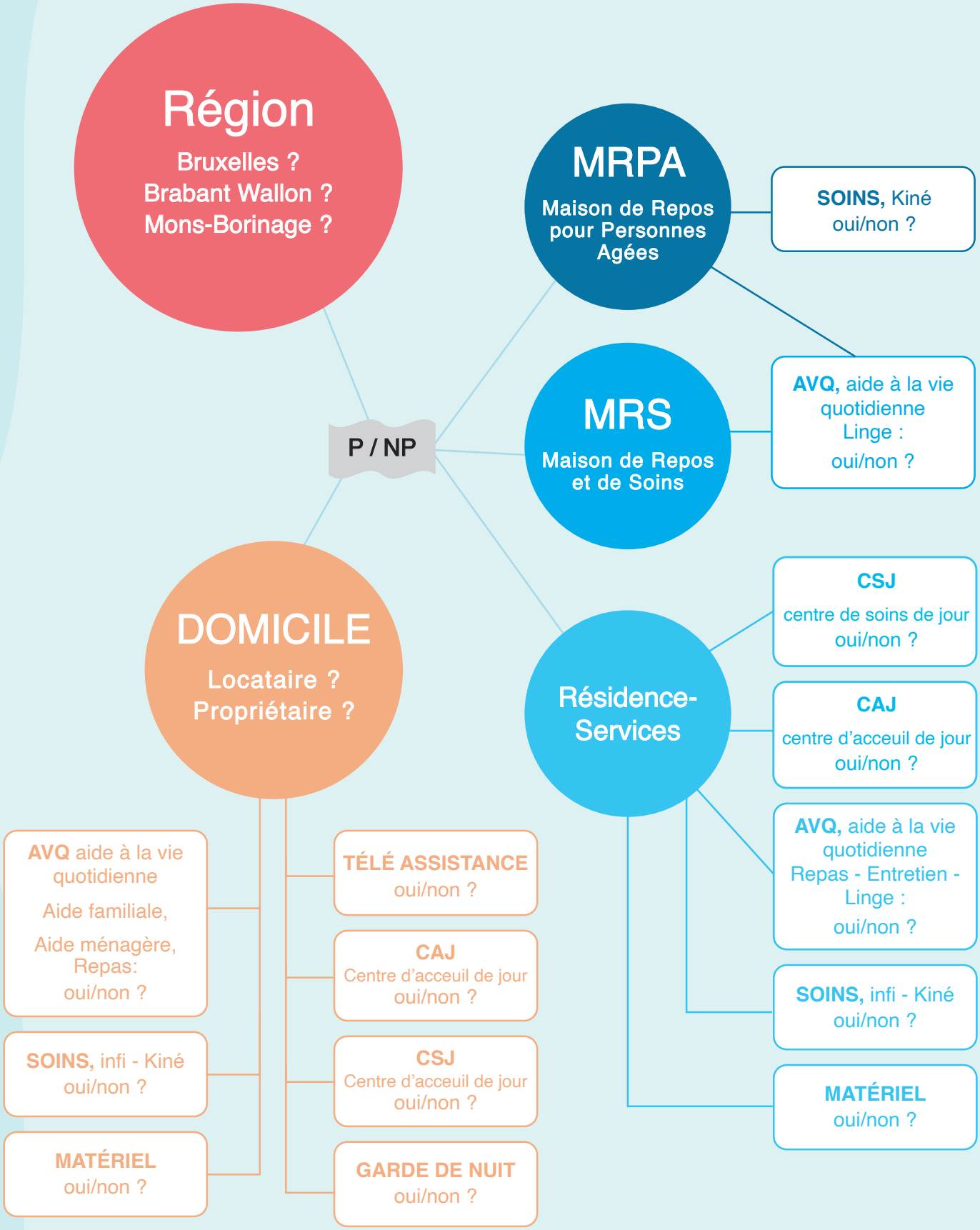
Services facultatifs en **résidence-services** :

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

Services facultatifs en **maisons de 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 :



P / NP Préférentiel / Non préférentiel

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 règlementation (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, de la Région Bruxelloise,… (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 mensuel[42] .

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 (télé-assistance et location de matériel). Ces coûts sont à charge de la personne âgée.

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).

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

- Les frais locatifs au domicile ou en institution (sources : CEHD, IBSA, SPF Economie).
- 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 Economie).
- Les frais de télécommunication (source : SFP Economie).

[42] Montant mensuel = montant journalier * 30,4167

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

COÛT	BRUXELLES	BRABANT-WALLON	MONS-BORINAGE
LOCATION	748,89 €	811,24 €	559,92 €
CHARGES PROPRES AU PROPRIÉTAIRE	299,56 €	324,50 €	223,97 €
CHARGES FIXES	131,58 €	174,75 €	174,75 €
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	39,83 €	39,08 €	39,08 €

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]	1.652 €	1.500 €	1.237 €
CHARGES FIXES	Compris dans le prix du logement		
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	39,83 €	39,08 €	39,08 €

[1]AViQ - Rapport bisannuel au 31-12-2014

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

COÛT	BRUXELLES	BRABANT-WALLON	MONS-BORINAGE
HEBERGEMENT	1.767 €	1.763 €	1.370 €
CHARGES FIXES	Compris dans le prix du logement		
CHARGES DE TÉLÉCOMMUNICATION	39,83 €	39,08 €	39,08 €

Les statistiques 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 0,34 € par journée d'hébergement octroyée au résident dans le cadre du matériel d'incontinence. Un montant de 10,34 €[43] 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 donc été retenu pour l'étude.

[43] Montant mensuel de la ristourne octroyée au résident pour le matériel d'incontinence = 0,34 €/jour * 30,4167

{ 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 au budget des ménages du SPF Economie de 2018, du rapport bisannuel 2014 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 36,50 € a toujefois été comptabilisé. Ce montant correspond aux collations personnelles du résident (boissons, friandises,…) et est issu de l'enquête relative au budget des ménages 2018 (SPF Economie).

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	Non Assisté
DENREES ALIMENTAIRES TOTALES	205,36 €		205,36 €	36,50 €	36,50 €
REPAS SOUS-TRAITES		197,73 €		486,72 €	
DENREES ALIMENTAIRES HORS REPAS PRINCIPAL		118,64 €			
TOTAL PAR MOIS	205,36 €	316,37 €	205,36 €	523,22 €	36,50 €

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 Centre de Jour**

	NON ASSISTÉ	ASSISTÉ
DOMICILE	182,02 €	251,37 €
RS	182,02 €	458,22 €

2.1.3 Le coût lié au service de 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 significative 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)	20,00 €	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 mutualités chrétiennes, la Croix Rouge de Belgique, Pharmamed 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	122,16 €	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 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 janvier 2021 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	21,13 €	63,74 €	2,25 €	82,62 €
T7	83,48 €	251,57 €	7,88 €	327,17 €
A	158,39 €	475,48 €	7,88 €	625,99 €
B	121,80 €	1.097,31 €	7,88 €	1.211,23 €
C	166,83 €	1.502,55 €	7,88 €	1.661,51 €

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 €	63,74 €	0,00 €	82,62 €
T7	0,00 €	251,57 €	0,00 €	327,17 €
A	0,00 €	475,48 €	0,00 €	625,99 €
B	0,00 €	1.097,31 €	0,00 €	1.211,23 €
C	0,00 €	1.502,55 €	0,00 €	1.661,51 €

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, aides-soignants, KEL, PRR) via la partie A1 du forfait,
- Le personnel de réactivation supplémentaire pour les profils O et A en MRPA[44],
- Le personnel de soins au-delà de la norme via la partie A2 du forfait,
- L'harmonisation des barèmes des aides-soignants 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 de données de financement pour la période de référence 2019-2020 (forfait 2021). 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).

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

	FINANCEMENT RÉGIONAL DES QUALIFICATIONS PAR CATÉGORIE DE DÉPENDANCE ET PAR JOUR (RÉGION WALLONNE)							
	CATÉGORIE	PARTIE A1	PRR	PARTIE A2	PARTIE A3	3EME VOLET	RTT	TOTAL
MRPA	O	1,50 €	0,52 €	0,15 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	7,04 €
	A	12,64 €	1,21 €	1,23 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	19,95 €
	B	34,69 €		3,38 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	42,95 €
	C	52,72 €		5,13 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	62,73 €
	Cd	57,55 €		5,61 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	68,03 €
	D	34,24 €		3,34 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	42,45 €
MRS	B	62,92 €		6,13 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	73,92 €
	C	70,83 €		6,90 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	82,60 €
	Cd	73,17 €		7,13 €	0,08 €	2,07 €	2,73 €	85,17 €

	FINANCEMENT RÉGIONAL DES QUALIFICATIONS PAR CATÉGORIE DE DÉPENDANCE ET PAR JOUR (BRUXELLES)							
	CATÉGORIE	PARTIE A1	PRR	PARTIE A2	PARTIE A3	3EME VOLET	RTT	TOTAL
MRPA	O	1,52 €	0,50 €	0,15 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	8,21 €
	A	12,72 €	1,17 €	1,24 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	21,17 €
	B	34,77 €		3,39 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	44,20 €
	C	52,93 €		5,16 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	64,13 €
	Cd	57,76 €		5,63 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	69,43 €
	D	34,08 €		3,32 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	43,45 €
MRS	B	63,05 €		6,14 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	75,24 €
	C	70,87 €		6,90 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	83,82 €
	Cd	73,21 €		7,13 €	0,09 €	2,76 €	3,21 €	86,39 €

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

{ 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 2021 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 la kinésithérapie,
- Les profils T7 à domicile et A en MRPA qui ont besoin de kinésithérapie « consomment » 18 prestations par an et sur base de pathologies ordinaires,
- Les catégories A, B & C à domicile et B, C, Cd en MRPA[45] qui ont besoin de kinésithérapie bénéficient de 60 séances/an sur base de pathologies aigües,
- 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 la personne.

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	0	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
T7	A	9,38 €	26,07 €	3,75 €	31,70 €	3,00 €	16,85 €	1,50 €	18,35 €
A	B	27,50 €	90,65 €	10,00 €	108,15 €	10,00 €	56,15 €	5,00 €	61,15 €
B	C	27,50 €	90,65 €	10,00 €	108,15 €	10,00 €	56,15 €	5,00 €	61,15 €
C	Cd	27,50 €	90,65 €	10,00 €	108,15 €	10,00 €	56,15 €	5,00 €	61,15 €

[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**

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

Toujours selon cette source, en 2019, le coût moyen des visites mensuelles par un médecin généraliste conventionné au domicile d'un bénéficiaire est le suivant :

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	7,49 €	12,05 €	3,02 €	3,27 €	21,26 €	36,90 €	32,62 €	49,79 €
BRABANT-WALLON	7,11 €	11,52 €	2,79 €	3,50 €	21,60 €	38,73 €	35,70 €	51,50 €
MONS-BORINAGE	7,55 €	11,77 €	2,85 €	3,61 €	22,68 €	39,67 €	43,34 €	56,77 €

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

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 2019 et sont ventilés selon la zone géographique et le lieu d'habitation. Il n'est donc pas tenu compte des produits non-remboursables dans ce tableau.

Tableau 53 : **Synthèse des coûts mensuels des frais pharmaceutiques selon la zone géographique 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	7,40 €	9,81 €	5,63 €	7,47 €	94,41 €	82,37 €	94,86 €	97,81 €
BRABANT-WALLON	7,70 €	12,29 €	6,52 €	9,09 €	84,43 €	101,39 €	92,84 €	101,15 €
MONS-BORINAGE	8,76 €	14,30 €	8,91 €	10,77 €	90,53 €	116,94 €	108,46 €	116,00 €

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 le coût de l'hébergement.

Le bénéficiaire intervient pour chaque heure prestée en fonction de ses revenus (entre 0,87 € et 7,81 €) soit en moyenne pour 6,50 € par heure[46]. 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 définir, outre le niveau de dépendance et les 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,
- 513,00 € pour la Région

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 8,10 €/heure en Région Wallonne et à 7,65 € à Bruxelles. L'intervention régionale est de 14,60 €/heure.

Selon une étude de Idéa Consult, la consommation hebdomadaire en titre-services des 65 ans et plus s'élève à 2,8 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 de 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 2014 de la Région Wallonne. Le coût moyen pour l'entretien du logement s'élève à 86 €/mois ; celui pour l'entretien du linge à 53 €/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 de l'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, 53 €/mois.

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

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 2019-2020. Il s'élève respectivement à 2,49 € et à 4,07 € 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	90,72 €	85,68 €	163,52 €	
RÉSIDENCE SERVICES	NON-ASSISTÉ				
	ASSISTÉ	139,00 €			
MRPA/MRS	NON-ASSISTÉ				
	ASSISTÉ	53,00 €		75,74 €/ résident	123,80 €/ 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 des prestataires : il s'élève à 8,25 €/heure à raison de 9 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 €/heure[47]. La durée de la prestation de la garde malade est de minimum 3 heures et maximum 9 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).

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

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
2.258,43 €	1.081,31 €	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 44,02 €/mois[48] .
- En MRPA/MRS, le matériel d'incontinence est compris dans le prix d'hébergement. Le résident bénéficie d'une réduction de 0,34 € par jour d'hébergement. Cette réduction est financée par la région.

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 €	10,34 €
T7	0 €	0 €	A	0 €	10,34 €
A	0 €	0 €	B	0 €	10,34 €
B	20,98 €	44,02 €	C	0 €	10,34 €
C	20,98 €	44,02 €	Cd	0 €	10,34 €

[48] INAMI : montant au 1er janvier 2021 = 528,20 €/an.

{ 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 règlementation, 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 des secteurs 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 20,80 € (Cf Rapport Bisannuel 2014). L'intervention de la région est fixe quel que soit le degré de dépendance et s'élève à 51,60 € par jour de présence au 01/03/2020. Il a, par ailleurs, été tenu compte de l'intervention de la région dans les frais de déplacement de 102 € 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 €	618,00 €
B	208 €	50 €	208 €	618,00 €
C	208 €	50 €	208 €	618,00 €

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 en charge ces derniers 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 remboursables[49],

Atteint 487,08 €, le solde est transféré vers le fédéral.

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 2018).

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	28.726 €	704 €
MONS-BORINAGE	28.514 €	704 €
BRABANT-WALLON	38.734 €	1.082 €

[49] En l'absence de statistiques spécifiques, les tickets modérateurs liés aux produits pharmaceutiques, aux frais d'hospitalisation, aux visites chez le médecin spécialiste, aux prestations techniques, … n'ont pas été pris en considération dans l'étude.

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 (cf. forfait soins palliatifs),
  - Les patients chroniques (ex. : allocation forfaitaire pour les frais de santé élevés[50]),
  - Les patients diabétiques pour lesquels la règlementation 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 la Mutualité Chrétienne en 2019, le coût moyen d'un séjour hospitalier facturé au patient séjournant en chambre individuelle s'élève à 1 619 € et à 278 € en chambre double.

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 partient 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 en MRS 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 À domicile.**
- Le financement des fins de carrière dans le secteur des soins à domicile.
- Les **financements complémentaires** dans le secteur

[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 321,44 € par an mais peut être majoré à 482,19 ou à 642,90 € par an – montants au 01/01/2021.

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 forfaitaire[51]).

- Le coût personnel et collectif de **l'adaptation du logement.**

Dans l'étude, la sécurisation et l'adaptation du domicile se limitent à la location de matériel (lit/matelas/chaise percée) et au recours à 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 complèment de la pension de retraite ou de survie et/ou de la garantie de revenus aux personnes âgées (G.R.A.P.A.). Au 1er janvier 2021, le montant mensuel maximum de cette allocation augmente avec la perte d'autonomie : il varie de 88,55 € à 594,39 €.
- Les **subsides 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 infrastructures,…) pour promouvoir le maintien à domicile.

[51] Ce financement représente moins de 3% du forfait.

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

{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 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 – tableau n°39).

- La disponibilité de l'offre de soins et de services
  Dans l'étude, le besoin d'assistance se concrétise par l'intervention de divers prestataires (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. : loyer, l'hébergement en MR, le 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 de personnel infirmier, le sentiment d'insécurité, la densité du trafic et les problèmes de stationnement ont pour conséquence des difficultés de garantir la continuité en aide et soins à domicile. 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 77 places en centre de soins de jour pour 12 693 personnes âgées de 80 ans et plus.

Tableau 60 : **Nombre de places disponibles en centre d'accueil de jour pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus pour les régions étudiées**

	ARRONDISSEMENT MONS	ARRONDISSEMENT NIVELLES	BRUXELLES
CAJ	0,331	0,248	0,203
CSJ	0,607	0,609	0,295

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. Les données sur le nombre d'aidants proches en Belgique sont insuffisantes et peu précises.
  En Wallonie et à Bruxelles, on parle de 22% d'aidants proches.[53]

Le soutien que l'aidant peut apporter 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.

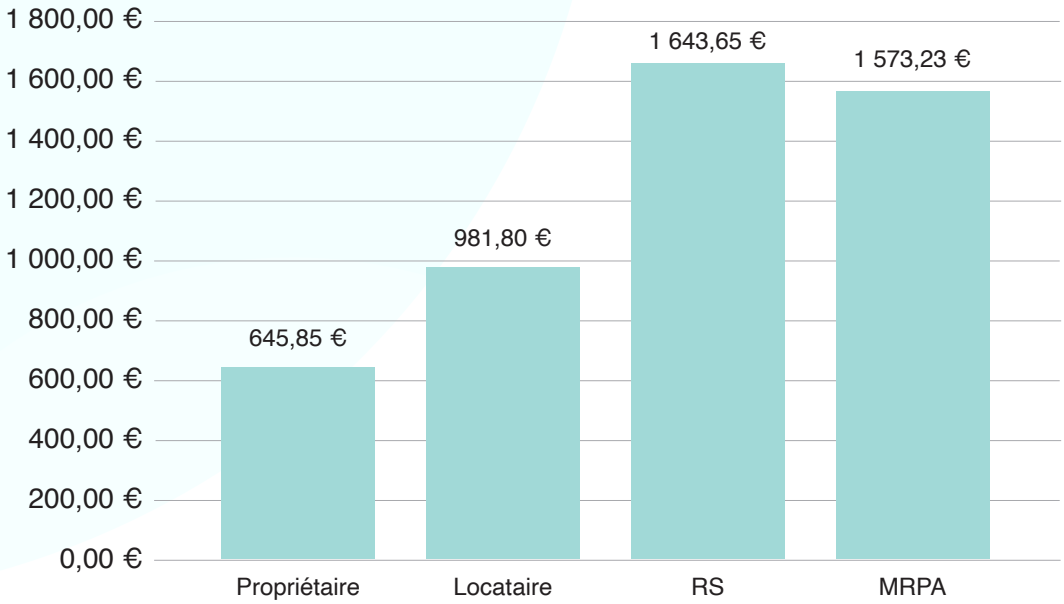
- La variabilité du volume de consultations médicales et de médicaments selon le dégré de dépendance.
- En l'absence de données ventilées selon le degré de dépendance, le volume de consultations médicales et de médicaments pris en considération est fixe quelle que soit la perte d'autonomie. Dans les 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 (MRPA-MRS) et de logement (RS)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 »).

[53] En % de la population âgée de 15 à 65 ans.

{ 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.

Graphe 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 :

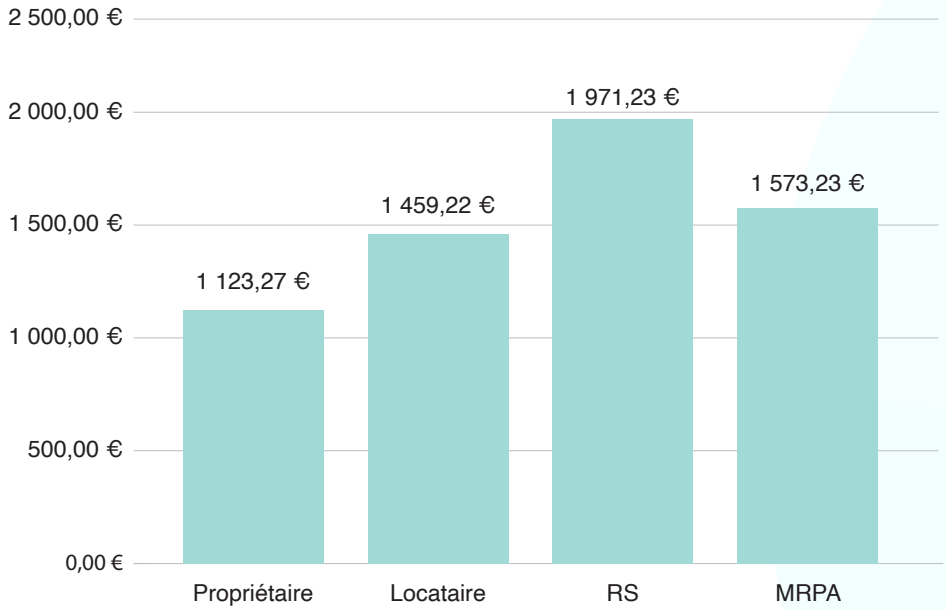
- Un coût moyen du logement plus élevé,
- L'intégration dans le prix d'hébergement de la maison de repos des frais d'assurance, d'énergie, d'entretien du bâtiment et d'achat de denrées alimentaires.

A titre d'exemple, quelle 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,

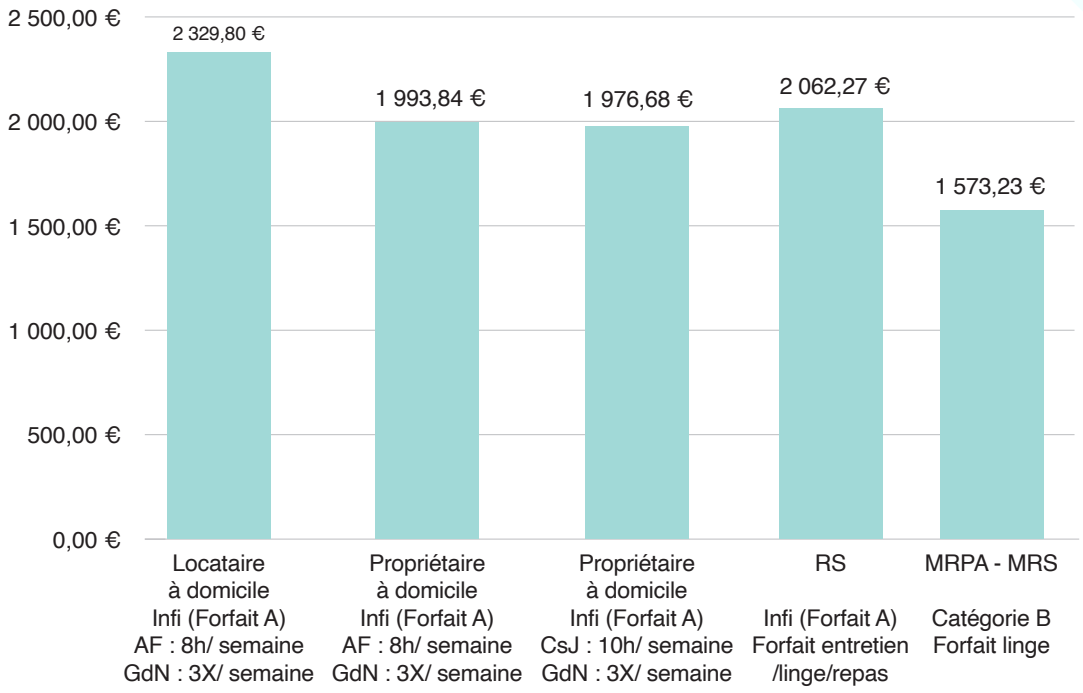
Le coût du maintien à domicile avoisine celui de la maison de repos (MRPA).

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)**



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.

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)**



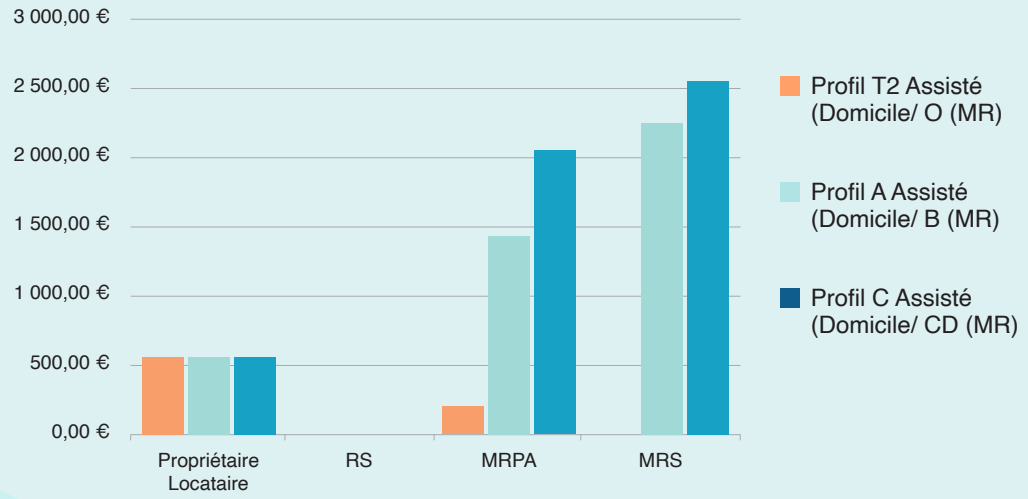
SELON LE VOLUME ET LE TYPE DE SERVICES AUXQUELS RECOURT LA PERSONNE ÂGÉE, SON MAINTIEN À DOMICILE PEUT S'AVÉRER PLUS COÛTEUX QUE LA MAISON DE REPOS.

3.2. ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA RÉGION

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

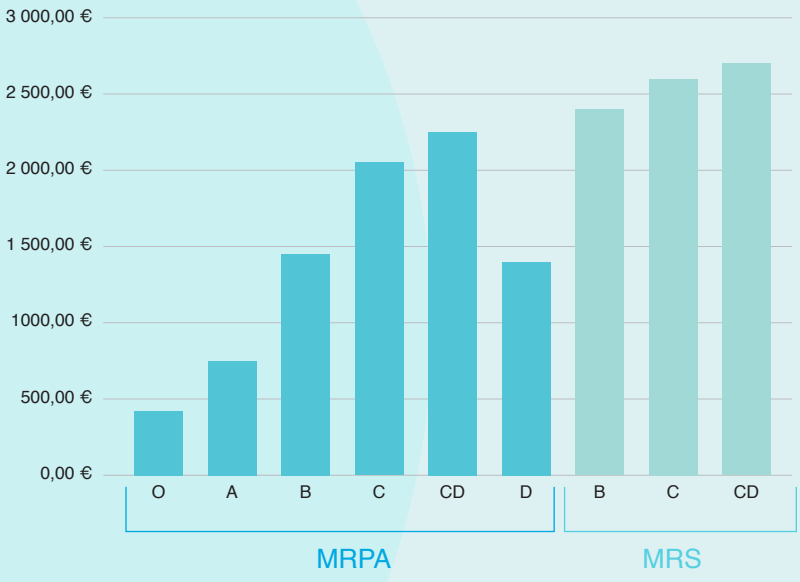
Au regard du mécanisme de financement actuel, le coût régional d'un résident en résidence-services est peu élevé. En effet, les services proposés par cette structure permettent également de limiter le recours à l'aide familiale et à l'aide ménagère dont le coût salarial est partiellement supporté par 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 215 À PRÈS DE 2.600 EUR 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/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 :

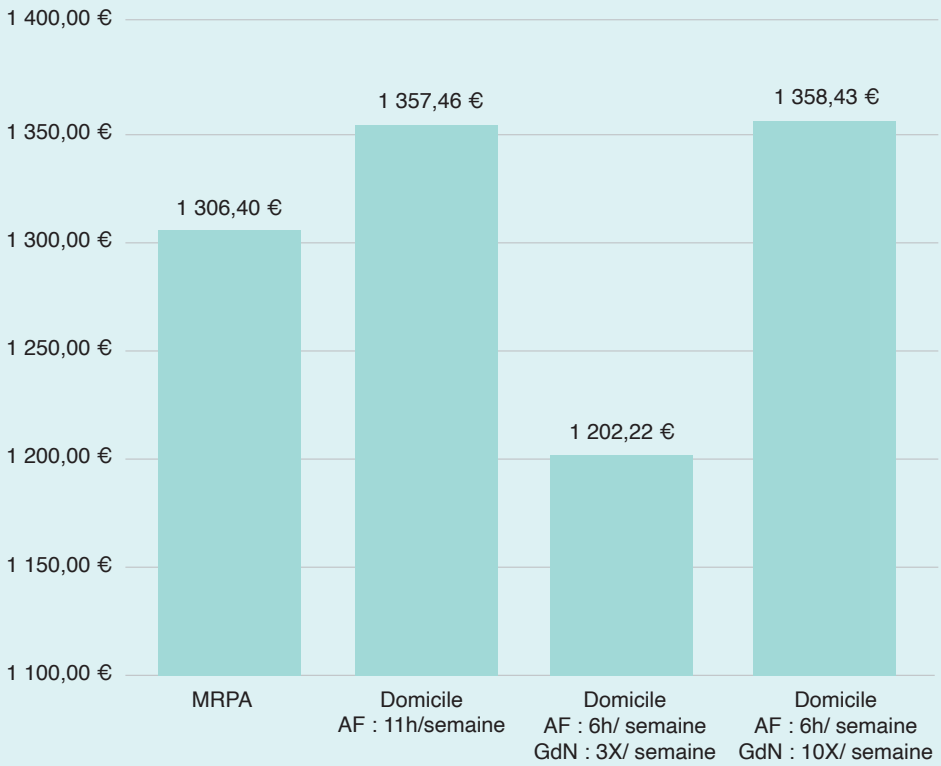
- 942 €/mois pour un cas B,
- 605 €/mois pour un cas C,
- 522 €/mois pour un cas Cd.

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 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 618 €/mois.

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



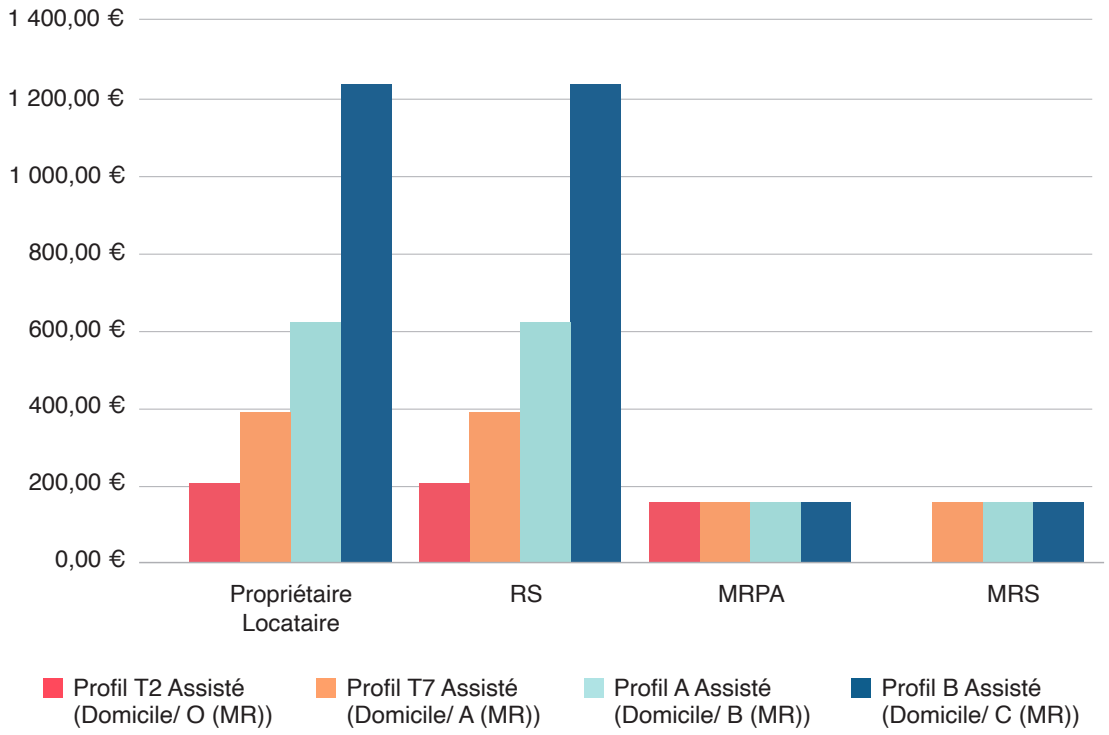
3.3 ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DU FÉDÉRAL

À 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 RÉGON.

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

- A plus de 600 € pour un forfait A au domicile contre moins de 150 € en institution,
- À environ 1.600 € pour un forfait C à domicile contre moins de 200 € en institution.

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

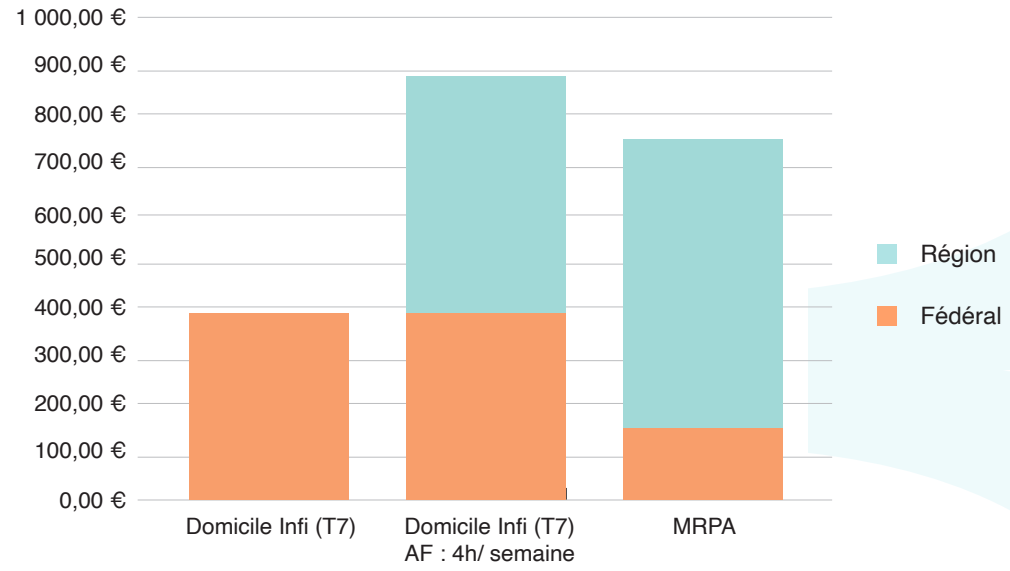


3.4 ANALYSE DU COÛT MENSUEL À CHARGE DE LA COLLECTIVITÉ

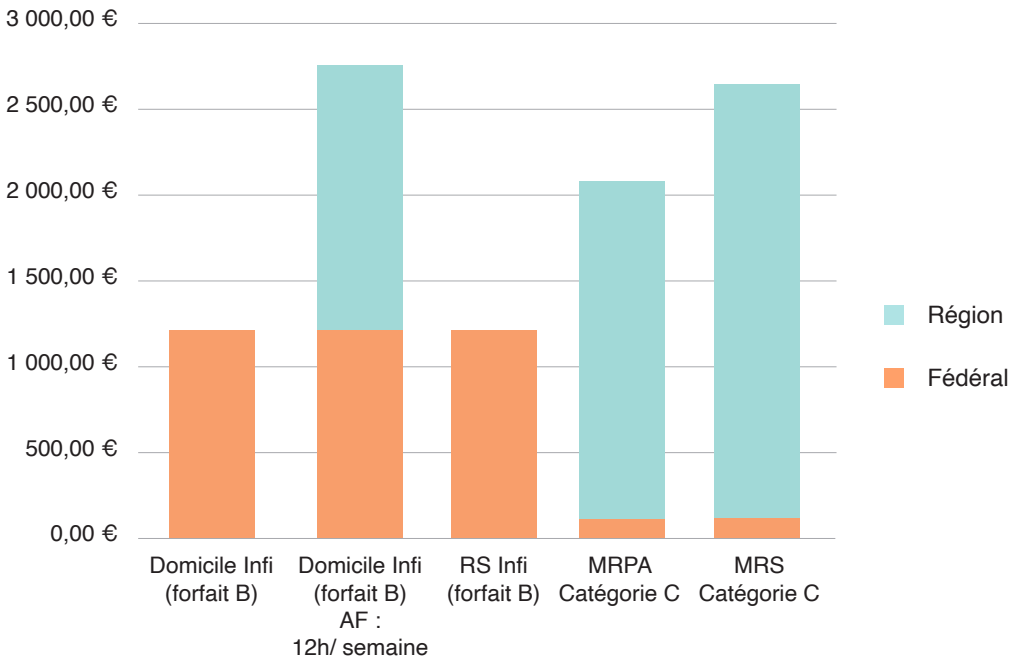
Le coût à charge de la collectivité correspond à la somme du coût régional et du coût fédéral.

LE COÛT COLLECTIF DU MAINTIEN À DOMICILE PEUT S'AVÉRER AUSSI ÉLEVÉ 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 le 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 C3 en institution) selon le lieu d'habitation et le volume d'aide. (Bénéficiaire non préférentiel - Région de Mons-Borinage)**

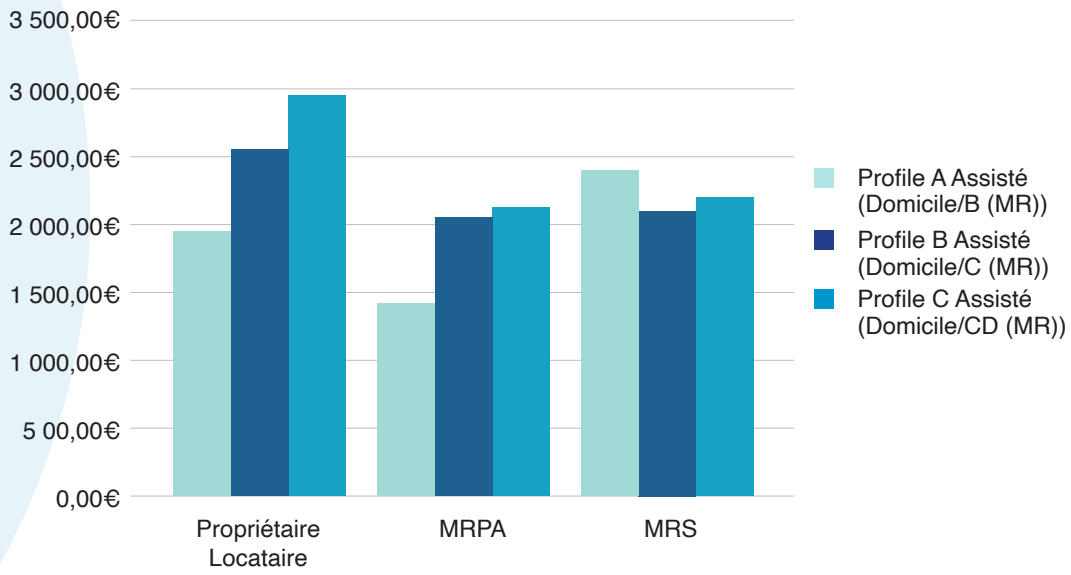


C'EST EN RÉSIDENCE-SERVICES QUE L'INTERVENTION DE LA COLLECTIVITÉ EST LA MOINS ÉLEVÉE (QUEL QUE SOIT LE DEGRÉ DE DÉPENDANCE).

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.

Graphe 17 : **Coût collectif mensuel selon le profil de dépendance et le lieu d'habitation d'un bénéficiaire qui fréquente un CSJ 10 jours par mois[54]. (Bénéficiaire assisté[55] - Non-préférentiel - Région 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**.

[54] 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.

[55] 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

Domicile ou maison de repos ? Choix personnel mais aussi sociétal

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.

En juillet 2014, en application de la phase 2 de la 6ième réforme de l'état, de nombreuses compétences en matière de Santé et d'Action sociale ont été transférées aux Régions, marquant ainsi un tournant majeur dans la gestion des mécanismes de protection sociale de notre pays. Après une période transitoire, en date du 1er janvier 2019, les Régions sont devenues pleinement indépendantes dans ces matières. La Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale ont tout mis en œuvre pour créer des organismes d'intérêt public (OIP) autonomes gérant les compétences de la santé, du bien-être, de l'accompagnement des personnes âgées, du handicap et des allocations familiales.
Les déclarations de politiques régionales des gouvernements wallon et bruxellois (DPR) suite aux dernières élections, font du maintien à domicile des personnes âgées, en perte d'autonomie, une priorité.

Il est évident que cette politique s'inscrit dans une volonté de respecter le choix des aînés de rester le plus longtemps possible chez eux. Il convient toutefois de garder à l'esprit les multiples évolutions qui peuvent faire obstacle à ce maintien.

Notons, entre autres, l'évolution démographique des 80 ans et plus (+46% en 2030 et +136% en 2050), l'augmentation des pathologies de type « démence » et les difficultés qu'elles peuvent générer dans la prise en charge, le coût du logement, l'isolement social, la notion de « conflit générationnel » et la perte du rôle des « aînés » au sein de la famille, …

Dans ce contexte démographique, financier, politique et sociétal, la prise en charge du vieillissement constitue un enjeu de taille pour ces jeunes OIP qui doivent dès maintenant mener une réflexion transversale relative aux coûts collectifs (Fédéral et/ou régional) et individuels liés à l'hébergement et aux soins des personnes plus âgées.

Les données du choix sont plurielles. Elle 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 de 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 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 dépendance 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 des normes et 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, éthiques, etc.). Au contraire, il les met en valeur. L'étude met ainsi en relief l'impertinence économique de certains choix ; elle souligne aussi le faible attrait – 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 de 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 indépendants 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 déterminants.

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 responsabilités.

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 2019-2020 (forfait 2021)

A L'ANCIENNETÉ MOYENNE

L'ancienneté moyenne par qualification a été calculée sur base des données contenues dans les fichiers d'analyse du forfait communiqués par la région bruxelloise et la région wallonne.

Tableau 61 : **Anciennetés moyennes réelles par qualification et par région**

au 30/06/2020	ANCIENNETÉ MOYENNE PAR QUALIFICATION ET PAR RÉGION	
QUALIFICATION	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
INFI A1	15,06	13,95
INFI A2	15,10	14,40
A.S.	11,68	10,99
KEL	12,60	11,75
PRR	12,26	11,59

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

B LE COUT SALARIAL PAR QUALIFICATION

Le coût salarial du personnel de soins financé via les parties 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**

au 30/06/2020	RÉGION WALLONNE		BRUXELLES	
QUALIFICATION	ANCIENNETÉ MOYENNE	COÛT SALARIAL	ANCIENNETÉ MOYENNE	COÛT SALARIAL
INFI A1	[14;16]	72.129,29 €	[14;16]	72.129,29 €
INFI A2	[14;16]	66.119,16 €	[14;16]	66.119,16 €
A.S.	[10;12]	53.432,02 €	[10;12]	53.432,02 €
KEL	≥12	63.079,11 €	[10;12]	60.976,07 €
PRR	≥12	63.079,11 €	[10;12]	60.976,07 €

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

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

Catégorie		INFI	AS	KEL	PRR	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 du personnel par qualification par catégorie et par jour (RW) et par résident**

Catégorie		INFI	AS	KEL	PRR	TOTAL
MRPA	O	1,503 €				1,503 €
	A	7,514 €	5,124 €			12,637 €
	B	13,149 €	19,470 €		2,074 €	34,692 €
	C	25,734 €	24,740 €		2,247 €	52,720 €
	CD	25,734 €	29,571 €		2,247 €	57,551 €
	D	7,514 €	19,470 €		7,258 €	34,242 €
MRS	B	31,369 €	25,325 €	5,703 €	0,518 €	62,916 €
	C	31,369 €	30,303 €	5,703 €	3,456 €	70,831 €
	CD	31,369 €	32,645 €	5,703 €	3,456 €	73,173 €

Tableau 65 : **Partie A1 : Financement du personnel par qualification par catégorie et par jour (BXL) et par résident**

Catégorie		INFI	AS	KEL	PRR	TOTAL
MRPA	O	1,519 €				1,519 €
	A	7,596 €	5,124 €			12,720 €
	B	13,294 €	19,470 €		2,005 €	34,768 €
	C	26,017 €	24,740 €		2,172 €	52,929 €
	CD	26,017 €	29,571 €		2,172 €	57,760 €
	D	7,596 €	19,470 €		7,016 €	34,082 €
MRS	B	31,715 €	25,325 €	5,513 €	0,501 €	63,054 €
	C	31,715 €	30,303 €	5,513 €	3,341 €	70,871 €
	CD	31,715 €	32,645 €	5,513 €	3,341 €	73,213 €

D LE FINANCEMENT DU PERSONNEL DE REACTIVATION POUR LES CATEGORIES 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 ancien-netés 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 (ETP)	NORME DE PERSONNEL (ETP)	COÛT SALARIAL KEL / PRR	FINANCEMENT PAR RÉSIDENT
O	1.979.751	5.423,975	0,003	16,272	63.079,11 €	0,518 €
A	3.071.834	8.415,984	0,007	58,912	63.079,11 €	1,210 €

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 (ETP)	NORME DE PERSONNEL (ETP)	COÛT SALARIAL KEL / PRR	FINANCEMENT PAR RÉSIDENT
O	756.748	2.073,282	0,003	6,220	60.976,07 €	0,501 €
A	760.048	2.082,323	0,007	14,576	60.976,07 €	1,169 €

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 % du personnel financé (partie A1). En effet, au niveau régional, les excédents par rapport à la norme avant la partie A2 sont de 31,8 % à Bruxelles et de 21,2 % en Région Wallonne.

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

Catégorie		INFI	AS	KEL	PRR	TOTAL
MRPA	O	0,146 €				0,146 €
	A	0,732 €	0,499 €			1,231 €
	B	1,281 €	1,896 €		0,202 €	3,379 €
	C	2,506 €	2,410 €		0,219 €	5,135 €
	CD	2,506 €	2,880 €		0,219 €	5,605 €
	D	0,732 €	1,896 €		0,707 €	3,335 €
MRS	B	3,055 €	2,467 €	0,555 €	0,050 €	6,128 €
	C	3,055 €	2,951 €	0,555 €	0,337 €	6,899 €
	CD	3,055 €	3,180 €	0,555 €	0,337 €	7,127 €

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

Catégorie		INFI	AS	KEL	PRR	TOTAL
MRPA	O	0,148 €				0,148 €
	A	0,740 €	0,499 €			1,239 €
	B	1,295 €	1,896 €		0,195 €	3,386 €
	C	2,534 €	2,410 €		0,212 €	5,155 €
	CD	2,534 €	2,880 €		0,212 €	5,626 €
	D	0,740 €	1,896 €		0,683 €	3,320 €
MRS	B	3,089 €	2,467 €	0,537 €	0,049 €	6,141 €
	C	3,089 €	2,951 €	0,537 €	0,325 €	6,903 €
	CD	3,089 €	3,180 €	0,537 €	0,325 €	7,131 €

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	MONTANT FINANCÉ PAR ETP	NOMBRE JOURNÉES FACTURÉES	PARTIE A3
RÉGION WALLONNE	9.497,85	147,54 €	17.173.986	0,08 €
BRUXELLES	2.670,94	147,54 €	4.611.418	0,09 €

G LA COUVERTURE EN MRPA ET MRS : LE TROISIEME 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 la période de référence 2019-2020, le montant de l'intervention pour le personnel de soins en MRPA, MRS et CSJ s'élève à 35.474.470,69 € pour la Région Wallonne et à 12.704.923,21 € 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 Troisième volet par région**

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
COÛT RÉGIONAL PAR JOURNÉE FACTURÉE DE L'INTERVENTION '3ÈME VOLET' PERSONNEL SOINS	2,07 €	2,76 €

H COUVERTURE EN MRPA ET MRS : LES MESURES DE FIN DE CARRIERE

Sur base des données de financement relatives au calcul des mesures de fin de carrière pour la période de référence 2019-2020, le financement s'élève à 46.832.925,84 € pour la Région Wallonne et à 14.779.834,72 € pour Bruxelles.

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 Mesures fin de carrière par région**

	RÉGION WALLONNE	BRUXELLES
COÛT RÉGIONAL PAR JOURNÉE FACTURÉE DE L'INTERVENTION 'MESURES FIN DE CARRIERE'	2,73 €	3,21 €

VOCABULAIRE – TERMINOLOGIE

6ème réforme de l'Etat : La sixième réforme de l'Etat concerne surtout le transfert de compétences de l'Etat fédéral vers les Communautés et Régions. Ce transfert se traduit par une longue liste de matières, parmi lesquelles les allocations familiales, les soins de santé, le marché du travail, la sécurité routière, la loi sur les loyers, la formation à la conduite, le contrôle technique, les maisons de justice et les dépenses fiscales (emprunt hypothécaire).

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 de 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, dans le but d'assurer 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 s'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 plus fréquente d'une variable quelconque dans une population d'objets, de personnes, de choses.

My Care Net : MyCareNet est une plateforme informatique centrale orientée services, au profit des prestataires individuels et des institutions, par laquelle des informations peuvent être échangées par 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 à l'administration règionale (AVIQ pour la RW-Iris care pour Bruxelles). 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, pharmacie, etc.) uniquement la part des frais à sa charge. La mutualité lui paie directement l'intervention de l'assurance soins de santé.

BIBLIOGRAPHIE / SITOGRAPHIE

- Bureau Fédéral du Plan et direction générale Statistique et information économique – Bruxelles, janvier 2021 - https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c1649c18-ea66-4286-9310-2413e74134f8
- 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
- S. Drieskens, F. Berete, F. Renard. Enquête de santé 2018 : Services à domicile et d'aide à domicile. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; D/2020/14.440/22. Disponible en ligne : www.enquetesante.be
- Une vision à 360° sur les titres services – IDEA Consult – juillet 2018
- Evaluation du système des titres-services pour les emplois et services de proximité en Région de Bruxelles-Capitale en 2018 – IDEA Consult – octobre 2019
- Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe – Fondation Roi Baudouin – 2016
- Comment soutenir les aidants proches ? – Mutualités Libres
- Coordination officieuse SAFA – Circulaire SPW du 15 juin 2015
- Etat actualisé Programmation des aînés – mars 2021 http://sante.wallonie.be/sites/default/files/Etat_Actualise_Prog_Aines.pdf
- Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés (au 31 décembre 2014) – AViQ – 2016
- Evolution des prix en maison de repos en Wallonie – Fédération des CPAS – Jean-Marc Rombeaux – octobre 2019
- Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleesschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33
- Enquête sur les loyers à Bruxelles : résultats 2018
- Loyer Moyen Bruxelles mq_data_export_2021-02-24 - Service public régional de Bruxelles - IBSA
- Statbel – budget des ménages – chiffres au 19/11/2019
- Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2019 – Infor-Homes Bruxelles
- PRADELLA, S. & KRYVOBOKOV, M. (2019), « Observatoire des loyers – Édition 2019 - (enquête 2018) », Centre d'Etudes en Habitat Durable de Wallonie, Rapport, Charleroi, 136 pages
- Dubourg D. Les services pour personnes âgées en Wallonie, offre et utilisation. Wallonie Santé n°5, Namur (Jambes), 2014

TABLE DES MATIÈRES DES GRAPHES

Graphe 1 : Pourcentage de la population qui a eu recours à des services de soins et d'aide à domicile au cours des 12 derniers mois, par sexe, par âge et par région, Enquête de santé, Belgique 2018	P.14
Graphe 2 : Pourcentage de la population qui a consulté un kinésithérapeute	P.20
Graphe 3 : Pourcentage de patients par nombre de médicaments utilisés de manière chronique et par catégorie d'âge	P.26
Graphe 4 : Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior) au cours des 12 derniers mois, par région et par année	P.28
Graphe 5 : Pourcentage de la population de 65 ans et plus qui a eu recours à un service d'aide à domicile (aide familiale ou aide senior) au cours des 12 derniers mois, par sexe, par âge et par région.	P.29
Graphe 6 : Evolution de la taille moyenne d'une institution	P.42
Graphe 7 : Journées facturées en MRPA et en MRS	P.43
Graphe 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)	P.101
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)	P.102
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)	P.102
Graphe 11 : Coût régional mensuel selon le lieu d'habitation et le profil de dépendance (Bénéficiaire assisté - Non-préférentiel - Région Mons-Borinage)	P.103
Graphe 12 : Financement régional mensuel selon la catégorie de dépendance et le secteur d'admission (MRPA/MRS) en Région Wallonne	P.103
Graphe 13 : Comparaison du coût régional mensuel selon le lieu de vie, le volume et le type de services auxquels recourt une personne âgée bénéficiant d'un forfait A à domicile (Catégorie B en institution)	P.104
Graphe 14 : Coût mensuel à charge du Fédéral selon le lieu d'habitation et le profil de dépendance. (Bénéficiaire assisté - Non-préférentiel - Région Mons-Borinage)	P.105
Graphe 15 : Comparaison du coût collectif mensuel d'un T7 (Catégorie A en institution) selon le lieu d'habitation et le volume d'aide. (Bénéficiaire non préférentiel - Région de Mons-Borinage)	P.106
Graphe 16 : Comparaison du coût collectif mensuel d'un profil B (Catégorie C3 en institution) selon le lieu d'habitation et le volume d'aide. (Bénéficiaire non préférentiel - Région de Mons-Borinage)	P.106
Graphe 17 : 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 Mons-Borinage)	P.107

TABLE DES MATIÈRES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Score minimum de l'échelle de Katz déterminant le nombre de toilettes remboursables par semaine	P. 17
Tableau 2 : Score minimum de l'échelle de Katz déterminant le type de forfait à domicile	P.18
Tableau 3 : Interventions OA et TM selon le type de prestations en soins infirmiers au domicile du bénéficiaire au 01/04/2016	P.19
Tableau 4 : Honoraires de kinésithérapie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2021	P.22
Tableau 5 : Honoraires de logopédie au domicile du bénéficiaire au 01/01/2021	P.24
Tableau 6 : Honoraires du médecin généraliste dans le cadre d'une visite médicale au domicile du bénéficiaire au 01/01/2021	P.25
Tableau 7 : Ticket modérateur du bénéficiaire en fonction du statut mutuelliste (Montants au 1er janvier 2019)	P27
Tableau 8 : Coûts horaires de l'aide familiale selon la zone géographique	P.31
Tableau 9 : Nombre d'utilisateurs actifs selon l'âge et la région en 2013	P.32
Tableau 10 : Nombre de titres achetés selon le profil de l'utilisateur en 2013	P.32
Tableau 11 : Loyers mensuels moyens selon les arrondissements en Wallonie et le type de parc locatif	P.35
Tableau 12 : Evolution des loyers des logements Bruxellois par commune	P.36
Tableau 13 : Coûts énergétiques liés au logement par zone géographique	P.37
Tableau 14 : Coûts de l'entretien liés au logement par zone géographique	P.37
Tableau 15 : Coûts de télécommunication liés au logement par zone géographique	P.37
Tableau 16 : Tarifs de location du matériel	P.40
Tableau 17 : Répartition des lits MRPA/MRS selon la Région	P.42
Tableau 18 : Prix d'hébergement moyens à charge du résident selon la Région et le pouvoir organisateur	P.43
Tableau 19 : Allocations forfaitaires moyennes 2021 par région, couverture MRS et cas lourds (à charge de la Région)	P.44
Tableau 20 : Composantes du forfait en MRPA et en MRS	P.47
Tableau 21 : Montants de l'intervention « 3ème volet » pour le personnel de soins par qualification au 01/03/2020	P.48
Tableau 22 : Montants versés pour les MRS, MRPA et CSJ pour la période de référence juillet 2019 à juin 2020 par Région	P.49
Tableau 23 : ETP infirmier par résident par profil de dépendance	P.50
Tableau 24 : Honoraires de kinésithérapie en MRPA/MRS au 01/01/2021	P.51
Tableau 25 : Temps de prestation et honoraires de kinésithérapie selon le lieu d'habitation	P.52
Tableau 26 : ETP KEL par résident par profil de dépendance	P.52

Tableau 27 : ETP PRR par résident par profil de dépendance	P.53
Tableau 28 : ETP aide-soignant par résident par profil de dépendance	P.55
Tableau 29 : Hébergement moyen par région et par province selon le pouvoir organisateur	P.57
Tableau 30 : Coût des boissons et des collations en supplément	P.58
Tableau 31 : Coût régional par journée facturée de l'intervention '3ème volet' pour le personnel hôtelier/ administratif	P.59
Tableau 32 : Synthèse des dispositions légales relatives au logement par Région	P.62
Tableau 33 : Synthèse des services obligatoires et facultatifs en résidence-services selon la Région	P.63
Tableau 34 : Prix moyen d'un logement selon la province	P.66
Tableau 35 : Prix unitaire moyen des repas servis en Région Wallonne	P.66
Tableau 36 : Places d'accueil en fonctionnement selon la Région	P.68
Tableau 37 : Comparaison entre le centre d'accueil de jour et le centre de soins de jour	P.69 - 70
Tableau 38 : Plafonds de tickets modérateurs par tranche de revenu pour l'année 2021	P.74
Tableau 39 : Grille de concordance entre les niveaux de dépendance selon l'échelle de Katz	P.78
Tableau 40 : Synthèse des coûts mensuels des charges de logement au domicile selon la zone géographique	P.81
Tableau 41 : Synthèse des coûts mensuels moyens des charges de logement en résidence-services selon la zone géographique	P.81
Tableau 42 : Synthèse des coûts mensuels moyens des charges de logement en MRPA/MRS selon la zone géographique	P.81
Tableau 43 : Synthèse des coûts alimentaires mensuels selon le lieu d'habitation et le besoin d'assistance	P.82
Tableau 44 : Synthèse des coûts alimentaires mensuels en cas de fréquentation d'un CJ	P.82
Tableau 45 : Synthèse des coûts mensuels de la téléassistance selon le lieu d'habitation	P.83
Tableau 46 : Synthèse des coûts mensuels de la location du matériel selon le lieu d'habitation	P.83
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	P.84
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	P.84
Tableau 49 : Synthèse du coût journalier du personnel de soins en institution selon le secteur, la catégorie de dépendance et la zone géographique, par résident	P.85
Tableau 50 : Synthèse des coûts mensuels de la kinésithérapie selon la catégorie de dépendance, le lieu de résidence et le statut du bénéficiaire	P.86

Tableau 51 : Nombre de visites du médecin traitant selon la zone géographique et le lieu d'habitation en 2019	P.87
Tableau 52 : Synthèse des coûts mensuels des visites du médecin traitant selon la zone géographique, le statut du bénéficiaire et le lieu d'habitation	P.87
Tableau 53 : Synthèse des coûts mensuels des frais pharmaceutiques selon la zone géographique et le lieu d'habitation	P.88
Tableau 54 : Coûts liés à la pédicurie et à l'esthétique	P.88
Tableau 55 : Synthèse du coût mensuel de l'aide-ménagère selon le lieu d'habitation, le besoin d'assistance et la zone géographique	P.90
Tableau 56 : Synthèse du coût mensuel pour 7 nuits de garde par semaine selon le lieu d'habitation	P.91
Tableau 57 : Synthèse du coût mensuel de l'incontinence selon le lieu d'habitation	P.91
Tableau 58 : Synthèse du coût mensuel lié à la fréquentation d'un centre de jour	P.92
Tableau 59 : Revenu moyen par déclaration par zone géographique et seuil pour l'application du MAF	P.94
Tableau 60 : Nombre de places disponibles en centre d'accueil de jour pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus pour les régions étudiées.	P.100
Tableau 61 : Anciennetés moyennes prises en compte dans l'analyse par qualification et par région	P.112
Tableau 62 : Synthèse des coûts salariaux selon la qualification et l'ancienneté calculée au point précédent	P.112
Tableau 63 : Norme de personnel dont doit disposer une MRPA et une MRS par catégorie de dépendance et par résident	P.113
Tableau 64 : Partie A1 : Financement du personnel par qualification, par catégorie et par jour (RW) et par résident	P.113
Tableau 65 : Partie A1 : Financement du personnel par qualification, par catégorie et par jour (BXL) et par résident	P.113
Tableau 66 : Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (RW).	P.114
Tableau 67 : Financement du personnel de réactivation pour les catégories O et A en MRPA par jour (BXL)	P.114
Tableau 68 : Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (RW)	P.115
Tableau 69 : Partie A2 : Financement par qualification, par catégorie et par jour (BXL)	P.115
Tableau 70 : Détail du mode de calcul de la partie A3 relative au financement de l'harmonisation du barème des aides-soignants	P.115
Tableau 71 : Montant journalier de l'intervention Troisième volet par région	P.116
Tableau 72 : Montant journalier de l'intervention mesures fin de carrière	P.116

NOTES

NOTES

NOTES

FEMARBEL
FÉDÉRATION DES MAISONS DE REPOS

Rue Royale 55 bte 6, 1000 Bruxelles
https://femarbel.be
02 414 05 25