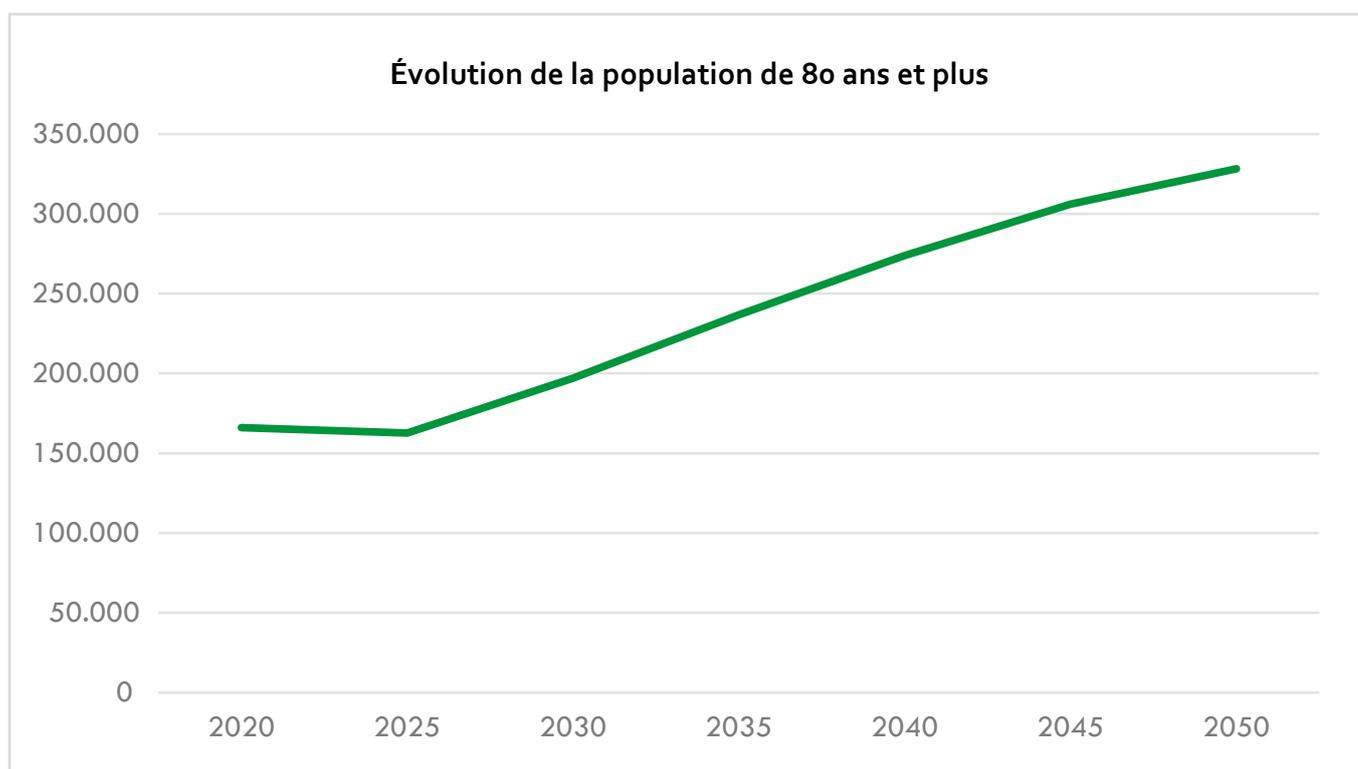




Cour des comptes



Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne

Situation actuelle et enjeux futurs





Cour des comptes

Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne

Situation actuelle et enjeux futurs



Rapport approuvé le 16 juin 2021 par la chambre française de la Cour des comptes

Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne

La Cour des comptes a examiné le dispositif de prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne en concentrant son analyse sur les deux principaux instruments régis par l'autorité publique wallonne que sont, d'une part, l'aide à domicile et, d'autre part, l'accueil et l'hébergement en institution. La Cour constate que l'offre de prise en charge est insuffisante pour répondre à la demande exprimée, dont l'ampleur ne peut être précisée faute de données fiables, et que le dispositif actuel ne permet pas de garantir une prise en charge adaptée aux plus dépendants. Les mesures adoptées afin d'anticiper l'évolution des besoins ne répondent pas non plus complètement aux enjeux quantitatifs et qualitatifs du vieillissement démographique. Enfin, la Cour remarque que la réflexion stratégique et prospective risque de ne pas garantir la mise en œuvre des solutions les plus efficaces et efficaces.

La Cour des comptes constate que des demandes de prise en charge restent insatisfaites, tant au domicile qu'en maison de repos et de soins. De plus, leur ampleur et leurs caractéristiques ne peuvent pas être précisées, à cause d'un manque d'information sur les aînés en Région wallonne, qu'il s'agisse de leur degré de perte d'autonomie ou de leurs besoins plus spécifiques. Ce manque d'information concerne aussi les bénéficiaires actuels du dispositif, en particulier les personnes âgées recourant aux services d'aide à domicile, dont le nombre et les caractéristiques ne sont pas connus par l'autorité publique.

Si la crise sanitaire a momentanément réduit la pression sur les listes d'attente des maisons de repos et de soins, il n'en reste pas moins que la demande globale de prise en charge continuera d'augmenter à l'avenir dans des proportions toujours plus importantes en raison du vieillissement démographique.

La Cour relève également que la politique menée prend en compte les personnes les plus dépendantes mais ne leur garantit pas une prise en charge adaptée à leurs besoins.

En matière d'hébergement, bien que la Région ait mené une politique de requalification de lits de maisons de repos (lits MR) en lits de maisons de repos et de soins (lits MRS) durant les vingt dernières années, le nombre de lits MRS en exploitation, spécifiquement dédiés aux plus dépendants, reste insuffisant. L'attribution des places est par ailleurs régie par des principes de liberté de choix et de mixité (en termes de dépendance) au sein des établissements. Près d'un tiers des personnes hébergées ne présentent donc pas de perte d'autonomie ou sont faiblement dépendantes. Il en résulte cependant qu'un nombre déterminable d'aînés dépendants restent sur liste d'attente, et sont privés d'une prise en charge potentiellement mieux adaptée à leurs besoins.

Pour l'aide à domicile, le principe visant à ce que l'aide soit prioritairement orientée vers « ceux qui en ont le plus besoin » n'est pas vérifiable, ni applicable. La priorisation entre les différents types de publics ou de besoins à prendre en charge n'est, en effet, pas clarifiée. Près de la moitié des bénéficiaires des services d'aide à domicile ne présentent notamment pas de perte d'autonomie physique ou psychique.

Sur les deux dernières décennies, l'offre de services n'a évolué que modérément et à un rythme moindre que celui du vieillissement démographique. En mai 2019, le gouvernement wallon a décidé de créer, progressivement et d'ici 2030, 11.300 nouvelles unités en maisons de repos et de soins. Sachant qu'une unité n'équivaut pas nécessairement à un lit physique, cet objectif ne présage ni de l'accroissement effectif du parc de lits, ni de l'ampleur des requalifications permettant une prise en charge plus adéquate de la dépendance. À ce jour, 2.457 lits ont été requalifiés et un budget a été adopté en 2021 pour créer 1.130 nouveaux lits de maison de repos.

Dans le secteur de l'aide à domicile, un budget additionnel de 5 millions d'euros, adopté dès 2020, a permis une relative augmentation des prestations durant cette législature. La configuration et le développement de l'offre de services à domicile n'ont cependant pas fait l'objet d'une autre décision stratégique à moyen et long terme.

Dans ce contexte, à politique constante, l'audit démontre que l'offre globale de prise en charge demeurera insuffisante pour couvrir l'évolution des besoins à l'horizon 2030, d'autant que l'ampleur de la demande actuellement insatisfaite devrait encore s'accroître, d'ici là, dans une proportion comparable, au minimum, à l'augmentation du nombre d'aînés.

En termes de prospective, la Cour relève le défaut de stratégie de l'autorité wallonne pour répondre aux enjeux futurs. Elle souligne l'inconsistance du système d'information actuel qui empêche de réaliser des estimations prévisionnelles fiables des besoins à couvrir dans le futur. Les projections budgétaires relatives aux nouvelles mesures, envisagées ou entérinées, souffrent également d'imprécision et d'un manque de fiabilité.

Les projets futurs sont essentiellement envisagés à politique constante, sans prise en compte de la demande insatisfaite. Le système en lui-même reste aussi inchangé dans ses principales composantes. Les différentes branches de la politique de prise en charge des aînés, voire d'autres politiques connexes, sont par ailleurs conçues et gérées de manière cloisonnée bien qu'elles constituent un maillage interdépendant de solutions d'aide. Les formes intermédiaires (court séjour, accueil de jour, etc.) sont relativement peu intégrées dans les déploiements envisagés. Il en est de même pour les formes alternatives (habitats groupés, intergénérationnels, etc.) qui ne connaissent pas de véritable développement.

La Cour a formulé plusieurs recommandations pour répondre aux défis qui s'annoncent. Vu l'ampleur de ces enjeux et les moyens budgétaires disponibles, la capacité de répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes âgées dépendantes nécessitera de remettre en cause certains schémas établis. Tout défaut d'anticipation, qu'il concerne le déploiement de services, les infrastructures à créer ou les emplois à pourvoir, risque de peser durablement sur les prestations dont pourront bénéficier les futurs aînés.

Lors du débat contradictoire, la ministre en charge de la Santé et de l'Action sociale a fait savoir qu'elle rejoignait les principaux constats relatifs au contexte actuel ainsi que les principales recommandations de la Cour. Elle a mentionné différentes actions en cours et en projet qui contribueront à répondre aux problématiques relevées. En matière de prospective, la ministre assure mesurer la nécessité d'anticiper des solutions adéquates pour la prise en charge des futures personnes âgées. Elle indique que la réponse aux enjeux du vieillissement devra être basée sur des études mettant en évidence les besoins des aînés qui tiennent compte de la demande non satisfaite et de l'éventail des besoins à rencontrer. Elle confirme par ailleurs sa volonté d'aller vers un système de santé davantage numérisé et d'assurer un pilotage coordonné des politiques basé sur un système d'information efficient ainsi que sur des études ciblées.

Chapitre 1	
Introduction	15
1.1	Contexte 15
1.1.1	Entités concernées 15
1.1.2	Enjeux financiers 16
1.2	Périmètre et thèmes de l'audit 16
1.3	Méthode d'audit 17
1.4	Calendrier 17
Chapitre 2	
Prise en charge actuelle	19
2.1	Système de prise en charge de la dépendance 19
2.1.1	Éléments de base du système 19
2.1.2	Financement public de l'offre de lits et de services 22
2.2	Offre actuelle de prise en charge 24
2.2.1	Services d'hébergement de longue durée 24
2.2.2	Offre de services en aide à domicile 30
2.2.3	Offre de formes intermédiaires de prise en charge 31
2.2.4	Conclusions 32
2.3	Couverture des besoins actuels 35
2.3.1	Besoins satisfaits 35
2.3.2	Besoins insatisfaits 38
2.3.3	Adéquation de la prise en charge 42
2.3.4	Accessibilité géographique de l'offre 46
2.3.5	Accessibilité financière de l'offre 51
2.3.6	Conclusions 54
Chapitre 3	
Enjeux futurs	61
3.1	Développement de l'offre de prise en charge résidentielle 61
3.1.1	Orientation politique 61
3.1.2	Anticipation de l'évolution des besoins 63
3.1.3	Anticipation des coûts pour les pouvoirs publics 66
3.1.4	Anticipation des recettes par les pouvoirs publics 72
3.1.5	Conclusions – équilibre financier du système 75
3.2	Développement de l'offre de prise en charge en aide à domicile 79
3.2.1	Orientation politique 79
3.2.2	Anticipation de l'évolution des besoins 80
3.2.3	Anticipation des coûts et des recettes 83
3.2.4	Conclusions 84
Chapitre 4	
Conclusions générales et recommandations	87
4.1	Contexte actuel : une offre relativement stagnante, des besoins mal connus et en partie non satisfaits 87
4.2	Politique de prise en charge insuffisamment adaptée aux besoins des personnes dépendantes 87
4.3	Réponses politiques à l'évolution des besoins 88

4.4	Faiblesses de la réflexion prospective	89
4.5	Des leviers à activer face aux enjeux grandissants	90
4.6	Recommandations	91
Chapitre 5		
	Tableau synoptique des constats et recommandations	97
Annexes		
	Annexe 1 - Réponse de la ministre en charge de la Santé et de l'Action sociale	105
	Annexe 2 - Faiblesses réglementaires	119
	Annexe 3 - Écarts par arrondissement par rapport à une répartition proportionnelle des lits	122
	Annexe 4 - Facteurs endogènes et exogènes perturbant une répartition géographique homogène des lits	124
	Annexe 5 - Évolution des prix d'hébergement en maison de repos (et de soins), par secteur	126
	Annexe 6 - Précisions relatives au projet d'assurance autonomie	128
2.1	Projections sur le nombre de bénéficiaires	128
2.2	La notion de dépendance sociale	129
2.3	Rythme d'accroissement des projections	129
2.4	Phénomène d'expansion de la demande : l'exemple de l'assurance dépendance flamande	130
	Annexe 7 - Ventilation des coûts du projet d'assurance autonomie, par poste et par niveau de dépendance	136

Chapitre 1

Introduction

1.1 Contexte

Le phénomène de vieillissement démographique auquel sont confrontés nombre de pays occidentaux génère des bouleversements sociétaux dont l'effet s'accroît au fil des ans. Les défis de cette transition démographique sont complexes et multiples. Ils concernent de nombreux domaines de la sphère publique (pension, emploi, logement, mobilité, etc.).

Ainsi, selon les projections démographiques du Bureau fédéral du plan, la population âgée va considérablement augmenter durant les trente prochaines années.

Tableau 1 – Évolution de la population âgée aux horizons 2030, 2040 et 2050

Population wallonne	2020	2030	Taux de croissance 2020-2030	2040	Taux de croissance 2020-2040	2050	Taux de croissance 2020-2050
60 ans et plus	898.564	1.035.926	15 %	1.120.079	25 %	1.165.430	30 %
65 ans et plus	671.042	808.609	21 %	909.900	36 %	940.918	40 %
75 ans et plus	293.758	390.055	33 %	494.593	68 %	548.901	87 %
80 ans et plus	186.695	226.066	21 %	307.739	65 %	362.635	94 %

Source : Bureau fédéral du plan

L'autorité publique devra tenir compte de ces paramètres dans la conception et la mise en œuvre de son action. Si le système de pension risque de peser lourdement sur les dépenses, d'autres secteurs génèrent aussi des dépenses additionnelles.

Ainsi, le vieillissement de la population entraînera un accroissement de la demande en matière d'aide sociale, de santé et d'infrastructures publiques. L'offre de services devra s'adapter à cette nouvelle donne, d'autant que l'allongement de l'espérance de vie ira de pair avec la nécessité de prendre en charge un nombre accru de personnes âgées en situation de dépendance.

Au vu des défis posés par ce contexte et de la fragilité du public concerné, la Cour des comptes a examiné la politique de prise en charge des personnes âgées en Région wallonne.

1.1.1 Entités concernées

Auparavant gérées au sein du service public de Wallonie (DGO5), les compétences en matière d'aide aux aînés sont, depuis le 1^{er} janvier 2016, mises en œuvre par l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles (ou « Agence

pour une vie de qualité » – « Aviq »). Cet organisme a été créé dans la foulée du transfert des compétences entériné par la sixième réforme de l'État et dans l'optique d'une gestion intégrée des matières liées à la santé et à l'aide aux personnes.

1.1.2 Enjeux financiers

En Région wallonne, les crédits budgétaires affectés spécifiquement à l'aide aux personnes âgées se sont considérablement accrus à la suite de la sixième réforme de l'État. Une dotation fédérale¹ d'un peu plus d'un milliard d'euros² est versée pour couvrir le financement du fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement³ (forfait « soins ») ainsi que l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA).

Outre cette dotation, le budget régional prévoit de financer la construction et la rénovation des infrastructures d'hébergement. Depuis 2001, quelque 490 millions d'euros ont ainsi été affectés aux infrastructures par un financement alternatif⁴. En 2017, un plan « *papy boom* » a été lancé en vue d'accroître l'offre d'hébergement de 677 places, pour un montant de 187 millions d'euros.

Récemment, des moyens complémentaires ont été dégagés au budget 2020 afin de mettre en œuvre la disposition réglementaire du 16 mai 2019 visant la création, à l'horizon 2030, de nouvelles unités d'hébergement⁵.

Enfin, des subventions sont également accordées pour des prestations d'aide favorisant un maintien au domicile des personnes âgées. En 2019, un budget de 217,5 millions d'euros a été alloué à cet effet aux services agréés d'aide aux familles et aux aînés.

Compte tenu des montants actuellement affectés et de l'évolution prévue des besoins, les enjeux financiers de la politique de l'aide aux aînés sont de taille.

1.2 Périmètre et thèmes de l'audit

L'audit examine le système d'aide aux personnes âgées dépendantes en se focalisant sur les deux principaux instruments régis par l'autorité publique wallonne que sont, d'une part, l'aide à domicile et, d'autre part, l'accueil et l'hébergement en institution. Ces deux types d'intervention constituent, en termes de prise en charge, les deux extrémités du maillage

1 Le montant de la dotation est octroyé à la Communauté française, mais les accords de la Sainte-Émilie ont transféré l'exercice de ces compétences à la Région wallonne. La dotation n'est pas affectée à une politique régionale spécifique.

2 Il s'agit d'une partie de la dotation globale qui, en 2013, s'élevait à 3.339.352.178 euros. Pour 2014 et 2015, ce montant de base a été indexé et adapté à l'évolution du nombre d'habitants de plus de 80 ans ainsi qu'à la croissance réelle du PIB par habitant. À partir de 2016, la dotation de chaque Communauté est annuellement indexée et évolue en fonction d'un pourcentage (82,5 % puis 65 %) de la croissance économique et de la croissance des plus de 80 ans de chaque Communauté.

3 La dotation couvre le transfert des compétences relatif au financement des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de soins de jour, des centres de court séjour et des services de gériatrie isolés.

4 Pour les projets d'investissement de moins de 750 milliers d'euros, des subventions ont aussi été accordées, dans une moindre mesure, sur crédits directs. Le montant alloué en 2017 s'élevait à 1,26 million d'euros.

5 Voir le point 3.1 Développement de l'offre de prise en charge résidentielle.

de solutions, qui va d'un maintien au domicile, largement sollicité par les seniors, à des solutions d'accueil à la journée et d'hébergement éventuellement médicalisé.

L'audit aborde de manière plus succincte les formes intermédiaires de prise en charge (centres d'accueil, centres de soins, résidences-services, etc.) pour assurer une vue complète du dispositif. Il ne porte toutefois pas sur les services de soins à domicile.

L'audit a pour objectif de mettre en évidence les forces et faiblesses du système actuel afin de tirer des enseignements utiles pour la mise en œuvre future de la politique. En ce sens, il vise à établir si l'offre actuelle de services permet de satisfaire aux besoins actuels des aînés dans un cadre budgétairement maîtrisé, ainsi qu'à déterminer si des mesures concrètes et viables budgétairement sont adoptées pour anticiper, à moyen et long terme, l'évolution des besoins consécutive au vieillissement de la population.

1.3 Méthode d'audit

Les travaux d'audit se sont déroulés de mi-janvier 2018 à juin 2019. Des adaptations ont ensuite été nécessaires pour intégrer les réformes intervenues en fin et en début de législature, tant en aide à domicile qu'en accueil et hébergement.

Les travaux d'audit ont consisté en l'analyse de nombreux documents (études, rapports d'activités, procédures et instructions, documents prospectifs, documents budgétaires et parlementaires). Ces analyses ont été complétées par des entretiens avec les responsables du cabinet du ministre concerné⁶ et de l'administration.

Les dossiers d'investissement et les bases de données de l'administration ont aussi été exploités.

Le présent audit a été réalisé avant la crise de la covid-19, qui a fortement touché les maisons de repos. Si l'analyse de la Cour des comptes peut être impactée sur le court terme, notamment concernant les listes d'attente, les personnes présentes en institutions ou encore les places immédiatement disponibles suite à cette crise, un tel effet ne devrait pas modifier les évolutions à venir décrites dans le présent audit⁷.

1.4 Calendrier

L'avant-projet de rapport a été envoyé le 15 juillet 2020 à l'administratrice générale de l'Agence pour une vie de qualité (Aviq).

Compte tenu du contexte de crise sanitaire dans lequel l'organisme a été fortement sollicité, le délai de réponse a été prolongé jusqu'au 18 janvier 2021. L'administration n'a cependant transmis aucune réponse à l'avant-projet de rapport.

⁶ Sauf précision contraire, dans le présent rapport, lorsqu'il est fait référence au cabinet du ou de la ministre de l'Action sociale, il est fait référence au cabinet du ministre chargé de la matière durant la législature 2014-2019.

⁷ Par contre, la crise la covid-19 aura certainement un effet plus grand sur les normes d'organisation et de fonctionnement des MR et MRS, problématiques non traitées dans le présent audit.

Le projet de rapport a été communiqué à la ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes du gouvernement wallon le 17 février 2021. Cette dernière a transmis ses observations et commentaires par courrier du 21 avril 2021, lequel est annexé au présent rapport⁸.

⁸ Voir l'annexe 1 – Réponse de la ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes du gouvernement wallon.

Chapitre 2

Prise en charge actuelle

2.1 Système de prise en charge de la dépendance

2.1.1 Éléments de base du système

2.1.1.1 Hébergement en institution

Il existe deux types d'établissement d'hébergement de longue durée des personnes âgées dépendantes : les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS).

L'article 334 de la partie décrétable du code wallon de l'action sociale et de la santé (Cwass) définit la maison de repos comme « *l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement d'ânés 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* ». À ce titre, les maisons de repos ont l'autorisation d'exploiter un nombre déterminé de lits de maison de repos (lits MR)⁹.

La maison de repos et de soins est une maison de repos agréée pour personnes âgées proposant une « *structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins* »¹⁰ et qui, dans ce cadre, bénéficie d'une agrégation spéciale. À ce titre, les maisons de repos et de soins (MRS) ont l'autorisation d'exploiter un nombre déterminé de lits de maison de repos et de soins (lits MRS) ; le solde éventuel de leurs lits relève de leur seul agrément « maison de repos » (lits MR)¹¹. L'agrément en tant que maison de repos et de soins vient donc s'ajouter, et non se substituer, à celui de maison de repos¹².

Les lits de maison de repos et de soins sont ainsi, à l'origine, des lits MR qui ont été « reconvertis » (requalifiés) pour permettre la prise en charge spécifique de la grande

⁹ Les MR sont parfois dénommées « maisons de repos pour personnes âgées » (MRPA).

¹⁰ Article 1.440/1 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

L'annexe 120 du même code précise également que « *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 :*

1° ces personnes ont dû subir 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 ;

2° l'état de santé général de ces personnes nécessite, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux ou kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne ;

3° ces personnes sont 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 [...] » ; soit les critères B, C, Cd ou D.

¹¹ Ces établissements, qui possèdent les deux agréments et offrent les deux types de lits, sont parfois désignés comme établissements « MR/MRS ».

¹² En cas de retrait de l'agrément MRS, l'établissement concerné ne perd pas sa qualité de maison de repos et peut, dans le respect des dispositions s'y appliquant, continuer à fonctionner en tant que tel (article 353 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable).

dépendance, et ce dans le respect des dispositions légales régissant l'agrément spéciale MRS. La requalification d'un lit MR en lit MRS n'augmente donc pas le nombre d'hébergements physiques de l'établissement, mais y ajoute une qualité supplémentaire (« de soins »)¹³. Ces lits requalifiés conservent donc leur statut de « lits de maison de repos ». De la sorte, les dispositions du Cwass désignant les lits MR s'appliquent aussi aux lits MRS.

Il est à souligner qu'un nombre limité (1.228) de lits MRS sont issus non de la politique de requalification, mais d'une reconversion de lits hospitaliers intervenue en 1984¹⁴. Alors que, concrètement, ces lits MRS, qualifiés de « purs »¹⁵ par l'administration, sont identiques aux lits MRS issus d'une requalification, ils ne sont pas soumis aux mêmes dispositions du Cwass, notamment en matière de programmation et d'octroi d'accord de principe. Par exemple, ces 1.228 lits ne sont pas pris en compte dans le processus visant à assurer une répartition homogène des lits sur le territoire, ce qui biaise la répartition effective.

La Cour des comptes relève qu'il est particulièrement difficile, à partir de la seule lecture de la réglementation, de reconstituer la logique d'ensemble du système et de bien cerner le champ d'application de certaines dispositions. Le système actuel pose également des problèmes d'ordre conceptuel liés notamment aux dénominations utilisées¹⁶. Pour éviter toute confusion, la formulation « lit MR » telle qu'utilisée dans ce rapport désigne, sauf mention contraire, un lit de maison de repos non requalifié.

Selon les données de l'administration¹⁷, sur les 628 établissements agréés en 2014, 441 sont des MRS et 187 des MR ; 432 MRS offrent les deux types de lits. Les MRS hébergent la majeure partie des bénéficiaires (84 %).

Les établissements MRS sont donc destinés, au moins en partie¹⁸, à la prise en charge des personnes fortement dépendantes¹⁹. Toutefois, ces personnes peuvent tout autant être hébergées en maison de repos, puisque les deux types d'établissements sont autorisés à prendre en charge tout type de résident, quel que soit son niveau de dépendance²⁰. Dans les faits, la distinction entre les MR et MRS est d'ailleurs peu marquée au niveau du profil

13 A contrario, la suppression de l'agrément spécial octroyé à un établissement MRS n'aura donc pas d'effet sur le nombre de places offertes, mais désormais la totalité de ses lits ne seront plus que des lits de maison de repos.

14 Ils sont visés par l'article 170 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, lequel dispose que « sont assimilés aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, les hôpitaux et parties d'hôpitaux [...] convertis en services résidentiels pour l'hébergement de personnes nécessitant la dispensation de soins ». Un petit nombre d'établissements, qualifiés de MRS « purs » par l'administration, ne sont donc pas issus d'une maison de repos. Dans leur cas, comme le dispose l'article 353 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé - partie décrétable, « le refus du titre de fonctionnement d'une maison de repos et de soins qui ne bénéficie pas d'un titre de fonctionnement en tant que maison de repos entraîne la fermeture de l'établissement. ».

15 Les lits MRS provenant d'une requalification de lits MR sont, quant à eux, qualifiés de « mixtes ».

16 Voir l'annexe 2 – Faiblesses réglementaires.

17 Données issues du rapport bisannuel 2014. Il s'agit des dernières données traitées et publiées au moment de l'audit.

18 À l'exception des 9 établissements sur 441 qui n'offrent que des lits de maisons de repos et de soins (MRS).

19 En maison de repos (et de soins), la dépendance des résidents est mesurée au moyen de l'échelle de Katz. Celle-ci détermine un degré de dépendance des personnes en évaluant leurs limitations de capacité dans six domaines de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se transférer et se déplacer, aller aux toilettes, la continence et se nourrir). L'échelle comprend sept niveaux (O, A, B, C, Cc, Cd, D).

20 L'absence de spécialisation des établissements s'explique notamment par le caractère évolutif du niveau de dépendance des résidents.

de dépendance des résidents. Les MR ne comptent que 10 % de personnes dépendantes²¹ de moins que les établissements MRS. De manière générale, les MRS prennent en charge 86 % des personnes moyennement à fortement dépendantes²² ainsi que 80 % des personnes non ou peu dépendantes²³.

2.1.1.2 Aide à domicile

Les personnes âgées confrontées à une perte d'autonomie peuvent avoir recours à divers services permettant de favoriser leur maintien à domicile. Les services agréés d'aide aux familles et aux aînés (Safa)²⁴ constituent la pierre angulaire de ce type de prise en charge.

En 2018, la Région wallonne comptait 92 Safa agréés. Ces services sont organisés par le secteur public (57 services, dont la majorité dépendent des CPAS) et privé non lucratif (35 services). Ils exercent deux types d'activités : l'aide à la vie quotidienne (préparation des repas, toilette, aide administrative, etc.), effectuée par des aides familiales, et un service d'accompagnement continu, effectué par des gardes à domicile. Des aides-ménagères interviennent également dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne²⁵. Comme pour les maisons de repos, la Cour des comptes relève le caractère complexe, imprécis et parfois lacunaire de la réglementation afférente à l'aide à domicile²⁶.

2.1.1.3 Formes intermédiaires de prise en charge

Complémentairement à l'offre d'hébergement de longue durée et d'aide à domicile, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent bénéficier de formes intermédiaires de prise en charge, c'est-à-dire d'un accueil hors du domicile, sur une base quotidienne, ou d'un hébergement temporaire, pour prolonger leur maintien au domicile et ainsi retarder l'entrée définitive en maison de repos²⁷.

À cet effet, il existe des formules d'hébergement de courte durée (court séjour) et d'accueil durant la journée, la soirée ou la nuit, avec prestations de soins de santé (centres de soins de jour) ou sans ces prestations (centres d'accueil de jour, de soirée et de nuit, ou maison d'accueil communautaire). Les résidences-services offrent, quant à elles, un hébergement de longue durée, ainsi que des services additionnels (repas, etc.), mais à des personnes âgées a priori valides ou faiblement dépendantes.

²¹ Minimum de niveau B sur l'échelle de Katz.

²² De niveau B à D sur l'échelle de Katz.

²³ De niveau O ou A sur l'échelle de Katz.

²⁴ Ils interviennent à domicile « afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficultés, en concertation avec l'environnement familial et de proximité, et ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie ». (article 220, § 1^{er}, du code wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable). Concrètement, les tâches sont ainsi réparties : les repas, les toilettes, les courses et le repassage sont attribués aux aides familiales et l'entretien du ménage l'est aux aides-ménagères.

²⁵ La réglementation actuelle n'y fait cependant aucune référence, à l'exclusion des décrets budgétaires.

²⁶ Voir l'annexe 2 – Faiblesses réglementaires.

²⁷ Le premier protocole d'accord du 9 juin 1997 conclu entre l'État fédéral et les entités fédérées concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées soulignait que « les services favorisant le maintien à domicile, tels l'accueil de jour ou l'accueil de nuit, le court séjour en maison de repos ou en maison de repos et de soins, doivent être développés davantage. Ces services ont pour but d'apporter à la personne âgée et à son entourage le soutien nécessaire à la réalisation du maintien à domicile. »

L'ensemble de ces dispositifs est régi par le Cwass, à l'exception des maisons d'accueil communautaire, qui ne sont actuellement encadrées par aucune réglementation.

2.1.2 Financement public de l'offre de lits et de services

2.1.2.1 Hébergement de longue durée

Les maisons de repos (et de soins) ont accès à deux sources de financement public : d'une part, des subventions en infrastructure et, d'autre part, une allocation forfaitaire pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière.

Financement des infrastructures

Lors de l'audit, les établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés²⁸ relevant des secteurs public et associatif pouvaient prétendre à des subsides en investissements pour des travaux de construction, d'extension, de reconditionnement ou encore l'achat d'équipement²⁹. Ces subsides sont limités à un maximum de 60 % de l'investissement.

Depuis 2001, le subventionnement s'opère principalement par le biais d'un financement alternatif³⁰. Un total de 489,1 millions d'euros a ainsi été dégagé par vagues successives via le Centre régional d'aide aux communes (Crac)³¹. La dernière enveloppe de 30,7 millions d'euros (Crac VI) a été approuvée en 2014.

En mai 2017, une nouvelle enveloppe budgétaire de près de 187 millions d'euros a été approuvée dans le cadre du plan « *papy boom* » pour financer, sur crédits directs, l'ensemble des projets d'infrastructures en attente. Cette enveloppe se répartit sur 58 dossiers, dont 37 concernent des projets de construction et/ou de reconditionnement d'infrastructures³² et 21 des travaux accessoires (parking, mise aux normes, mobilier, ascenseur, etc.)³³. Les premières liquidations ont été effectuées en 2019.

Pour les investissements futurs, le Parlement wallon a, le 13 février 2019³⁴, adopté un nouveau système en vue de déconsolider ces charges et d'étaler ainsi leur impact sur le solde net à financer³⁵.

²⁸ Cette dénomination inclut les MR, les MRS, les résidences-services et les centres d'accueil de jour.

²⁹ Concernant le financement des opérateurs, il convient d'ajouter que le gouvernement wallon a créé un fonds d'investissement, Wallonie Santé, affecté au financement des acteurs de l'action sociale et de la santé. Cette filiale de la Société wallonne de gestion et de participation intervient par l'octroi de prêts, de garanties et/ou de prises de participation temporaire au capital.

³⁰ Les projets d'investissement inférieurs à 750 milliers d'euros sont aussi subsidiés sur crédits directs.

³¹ En novembre 2017, l'encours à verser aux bénéficiaires à titre de subvention avoisinait les 72 millions d'euros (dont 64 millions d'euros, via le Crac, sur les promesses fermes de subsides aux MR/MRS).

³² Pour un montant total budgété de 182,4 millions d'euros.

³³ Pour un montant de 4,5 millions d'euros.

³⁴ Décret relatif à l'aide aux aînés et portant modification du livre V du code wallon de l'action sociale et de la santé.

³⁵ Pour une description du système, voir le [point 3.1.3.1 Subventionnement de l'infrastructure](#).

Financement du fonctionnement (allocation forfaitaire journalière)

Les MR et MRS perçoivent, via l'organisme assureur de leurs résidents, un forfait journalier couvrant principalement le coût salarial du personnel soignant³⁶. Le montant de cette intervention est spécifique à chaque établissement. En effet, son calcul fait intervenir le nombre de journées de présence des résidents sur une période de référence, leur degré de dépendance, la qualification du personnel soignant fixée dans les normes et son ancienneté barémique, ainsi que le type de lits (MR ou MRS) occupés par les résidents.

Pour les lits MRS, le financement est accordé pour la prise en charge de personnes fortement dépendantes (minimum de niveau B sur l'échelle de Katz), alors que pour les lits MR, un financement est prévu pour tous les niveaux de dépendance, y compris lorsque les résidents ne sont pas dépendants (niveau O). Toutefois, pour des résidents de niveau de dépendance identique (à partir du niveau B), l'occupation d'un lit MR engendre un financement moindre que celle d'un lit MRS, dans la mesure où les normes d'encadrement en termes de personnel soignant subventionné sont plus élevées pour ce dernier type de lit. La prise en charge d'un résident fortement dépendant est donc mieux financée et adaptée à ses besoins s'il occupe un lit MRS plutôt qu'un lit MR.

En 2017, le montant moyen de l'allocation forfaitaire journalière versée aux établissements MR et MRS était respectivement de 33 et 50 euros³⁷.

La Région wallonne a repris la compétence du calcul et du paiement de l'allocation forfaitaire à partir du 1^{er} janvier 2019.

2.1.2.2 Aide à domicile

Un nombre maximum annuel d'heures d'activités d'aide à la vie quotidienne subventionnables est déterminé par service agréé dans les limites des crédits disponibles. Ce contingent est utilisé, de manière principale, pour couvrir les heures prestées par les aides familiales (hors aides à la promotion de l'emploi – APE –)³⁸.

Des subventions sont également octroyées en dehors du contingent d'heures, en particulier des subventions forfaitaires³⁹, réglementées pour les gardes à domicile et facultatives pour les aides-ménagères.

2.1.2.3 Formes intermédiaires de prise en charge

Le fonctionnement des formes intermédiaires de prise en charge pour lesquelles l'assurance soins de santé intervient, soit les places en centre de soins de jour et les lits de court séjour, est, comme l'hébergement en MR/MRS, subventionné par l'octroi d'un forfait journalier.

³⁶ Il s'agit de la partie A1 (financement du personnel normé) de l'allocation forfaitaire complète. [Chapitre 3](#) 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.

³⁷ Montants calculés sur la base des données transmises par l'administration (données issues du logiciel de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).

³⁸ Les crédits affectés au contingent couvrent aussi des subventions spécifiques au personnel administratif, au responsable de l'accompagnement, ou encore aux cours, réunions et distributions de repas.

³⁹ Forfait octroyé par équivalent temps plein (ETP).

Par ailleurs, la Région wallonne accorde une subvention de fonctionnement pour l'accueil de jour, mais son montant est peu élevé⁴⁰. Le fonctionnement de l'accueil en soirée et de nuit, de l'accueil en maison communautaire et des résidences-services n'est couvert par aucune aide.

Lors du débat contradictoire, la ministre de l'Emploi, de la Formation, de la Santé, de l'Action sociale, de l'Égalité des chances et des Droits des femmes du gouvernement wallon a précisé que des crédits complémentaires étaient inscrits au budget initial 2021 en vue d'ouvrir 15 maisons d'accueil communautaires à destination des personnes âgées. Ce dispositif complémentaire aux centres d'accueil de jour et aux centres de soins de jour vise à lutter contre la solitude des aînés vivant à domicile.

2.2 Offre actuelle de prise en charge

2.2.1 Services d'hébergement de longue durée

2.2.1.1 Programmation

Compte tenu du moratoire entré en vigueur en Région wallonne le 9 juin 1997⁴¹, la réglementation instaure « une capacité maximale de lits de maison de repos, en ce compris les lits de maison de repos reconvertis en lits de maison de repos et de soins ». Fixée initialement à 48.774 lits, elle équivaut, depuis 2012, à 49.659 lits, soit une augmentation de 885 places sur vingt ans.

Au 1^{er} janvier 2018, cette capacité maximale se composait d'une proportion quasi équivalente de lits des deux types, soit 26.974 lits MR (54 % du total) et 22.685 lits MRS^{42 43}. La réglementation ne fait pas mention de cette répartition, qui, pour l'heure, est figée⁴⁴. Le défaut de transparence, couplé aux difficultés terminologiques exposées à l'annexe 2, compromettent la lisibilité du système tant pour les opérateurs que pour les autres acteurs de la politique.

L'arrêté du gouvernement wallon adopté le 16 mai 2019⁴⁵ prévoit d'augmenter annuellement cette capacité maximale de 1.130 unités, à partir du 1^{er} janvier 2019 et pour une période de dix ans, ce qui correspond à une augmentation totale de 11.300 unités d'ici 2029. La Cour attire néanmoins l'attention sur le fait que ces unités ne correspondent pas nécessairement à l'ouverture de nouvelles places physiques⁴⁶. La définition hybride de la capacité maximale,

⁴⁰ Uniquement pour les structures des secteurs public et associatif et à concurrence de cinq euros par jour et par résident effectivement présent pour couvrir les frais de personnel, d'animation ou de coordination avec d'autres services ou des frais d'évaluation. Dans sa réponse, la ministre a indiqué que ce montant avait été indexé au budget initial 2021, portant le subventionnement journalier à 6,73 €.

⁴¹ Voir les protocoles d'accords successifs et leurs avenants conclus entre l'État fédéral et les entités fédérées

⁴² Dont 21.457 lits MRS « mixtes » (43 % du total), issus d'une requalification, et 1.228 lits MRS « purs » (3 % du total), d'origine hospitalière.

⁴³ Les lits relevant de la Communauté germanophone et ceux de court séjour sont exclus de ce total. La programmation de ces derniers est fixée à 1.800.

⁴⁴ D'un point de vue réglementaire, l'inclusion des lits MRS purs dans la capacité maximale pose également question. Voir l'annexe 2 – Faiblesses réglementaires.

⁴⁵ Arrêté du gouvernement wallon modifiant le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie réglementaire, pour ce qui concerne des dispositions relatives aux aînés.

⁴⁶ Cet aspect sera plus spécifiquement examiné au point 3.1 Développement de l'offre de prise en charge résidentielle.

exprimée tantôt en places physiques, tantôt en unités, renforce encore le caractère peu lisible de la réglementation et risque, à terme, de poser des difficultés pratiques d'interprétation et de mise en œuvre.

2.2.1.2 *Processus d'ouverture des lits*

Dans le respect de la capacité maximale fixée, il est possible d'ouvrir des lits, via la création de nouveaux établissements, l'extension d'établissements existants ou une réouverture éventuelle.

L'ouverture de lits repose sur un processus d'autorisation en deux temps. Dans un premier temps, l'octroi d'un accord de principe assure une « réservation » de lits de la programmation dans l'attente de la construction ou de la mise aux normes des infrastructures⁴⁷. À cette fin, l'administration examine les demandes introduites par les structures candidates, conformément à des critères de recevabilité⁴⁸ et des critères de programmation géographique et sectorielle⁴⁹.

Deux fois par an⁵⁰, le ministre octroie les accords de principe dans l'attente de l'ouverture effective des lits. Jusqu'au 1^{er} janvier 2019, ils étaient octroyés pour une période de trois ans renouvelable une fois⁵¹. La période de validité a ensuite été portée à une période de cinq ans, non renouvelable sauf dérogation⁵².

Lorsque les infrastructures sont opérationnelles, les établissements introduisent une demande de titre de fonctionnement pour les lits concernés. L'administration vérifie alors leur conformité aux normes architecturales et de fonctionnement. Le cas échéant, le ministre accorde le titre de fonctionnement définitif pour les lits concernés pour une période indéterminée.

Une procédure globalement similaire mais présentant néanmoins quelques différences existe pour les demandes de requalification de lits MR en lits MRS, ainsi que pour les lits de court séjour et en centres de soins de jour. La Cour constate que les critères de programmation géographique des lits MRS ne sont pas définis⁵³.

Les dispositions réglementaires régissant la procédure d'attribution des accords de principe sont imprécises et lacunaires. Bien que le décret voté le 13 février 2019 instaure de nouveaux

⁴⁷ Les lits attribués en accord de principe sont à l'origine des lits « en disponibilité », soit parce qu'ils sont directement issus du réservoir de lits créé dans le cadre du moratoire, soit parce qu'ils ont été attribués précédemment à des établissements mais ont été remis dans le circuit pour cause, par exemple, de fermeture.

⁴⁸ Article 349 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé partie décrétable.

⁴⁹ Pour la programmation géographique, voir le [point 2.3.4](#) *Accessibilité géographique de l'offre*. Au niveau sectoriel, 29 % au minimum des lits doivent être réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur associatif et 50 % au maximum au secteur privé commercial (voir l'article 346 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé partie décrétable).

⁵⁰ Les 1^{er} avril et 1^{er} octobre.

⁵¹ Les accords de principe pouvaient être prolongés pour une période maximale de trois ans sur la base d'un mémoire justificatif des raisons pour lesquelles le projet n'a pas pu être réalisé dans le délai requis.

⁵² Article 351 du code wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable : « *L'accord de principe accordé par le gouvernement perd ses effets si le titre de fonctionnement n'a pas été accordé dans le délai de 5 ans* ». Par dérogation, il est prévu que le gestionnaire peut introduire auprès de l'Agence, au plus tard six mois avant l'échéance de l'accord de principe, un mémoire justifiant de la nécessité de proroger l'accord de principe au-delà de cinq ans.

⁵³ Pour plus de détails, voir l'[annexe 2 – Faiblesses réglementaires](#).

critères de priorité pour la sélection des projets sur la liste d'attente⁵⁴, la réglementation reste globalement confuse, voire contradictoire pour le processus de sélection⁵⁵. Entre autres, aucun critère permettant d'évaluer concrètement la qualité des projets n'a été défini. Bien qu'une procédure d'analyse et de sélection soit établie par l'administration pour combler le vide réglementaire, elle ne garantit pas un traitement uniforme et équitable pour tous les projets déposés. Plus généralement, le système souffre d'un manque de transparence puisque les opérateurs ne disposent pas d'une information préalable suffisante sur les règles de sélection, ce qui risque d'affecter le nombre et la qualité des candidatures⁵⁶.

La Cour des comptes relève encore que toute cette procédure (en ce compris la gestion de l'importante liste des demandes d'accord de principe en attente⁵⁷) génère de lourdes charges administratives, dont la plupart sont inutiles, vu le nombre limité de places à attribuer et le caractère purement déclaratif du dossier de demande d'accord de principe⁵⁸.

Dans sa réponse, la ministre indique qu'elle a pu mesurer la lourdeur administrative du processus relatif aux accords de principe. Elle précise que l'administration lui a transmis le processus qu'elle considère comme idéal.

2.2.1.3 Développement de l'offre effective de lits sur le territoire wallon

Compte tenu des règles en vigueur, la capacité maximale de lits (49.659) prévue réglementairement équivaut à la somme des lits disposant d'un titre de fonctionnement, des lits en accord de principe (réservés) et des lits en disponibilité, soit des lits pouvant encore être attribués aux opérateurs.

Depuis 1999, le nombre de lits disposant d'un titre de fonctionnement, c'est-à-dire en état d'accueillir des résidents, est passé de 44.631 lits à 46.759 lits, ce qui constitue une augmentation d'environ 5 % sur une période de vingt ans.

La figure ci-après dresse l'état des lieux du stock de lits au mois de janvier des années 2007 à 2018, sous leurs trois statuts (en disponibilité, en accord de principe et en fonctionnement).

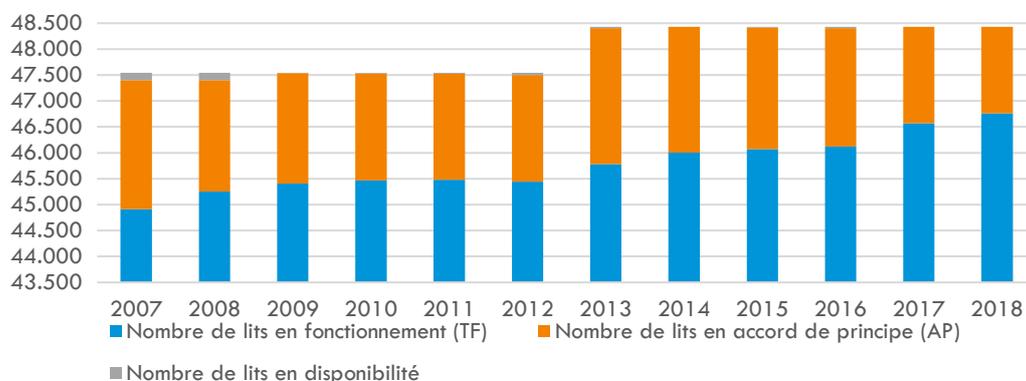
⁵⁴ Soit, dans l'ordre, le critère géographique, l'ancienneté de la demande et, in fine, le critère sectoriel. Article 13 du décret du 16 mai 2019 complétant l'article 349 du code de l'action sociale et de la santé – partie décrétable.

⁵⁵ Voir l'annexe 2 – Faiblesses réglementaires.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Cette liste, comportant près de 125 demandes parfois très anciennes, ne peut être actualisée à cause d'une incohérence de la réglementation. Les décisions d'attribution de lits doivent donc être motivées auprès de tous les établissements ayant introduit une demande, y compris ceux dont les demandes ne sont plus actives.

⁵⁸ Bien qu'ils président à la sélection des dossiers, les éléments décrits ne font pas l'objet d'une vérification a posteriori. Selon l'administration, le projet présenté diffère d'ailleurs régulièrement de celui réalisé en fonction des aléas du dossier.

Figure 1 – Lits MR/MRS en fonctionnement, en accord de principe et en disponibilité

Source : données Aviq traitées par la Cour des comptes

Le nombre de lits en accord de principe affiche logiquement une diminution progressive ; l'année 2013 fait exception, car des accords de principes additionnels ont pu être octroyés à la suite d'une augmentation de la capacité maximale de 885 lits en 2012. Toutefois, le rythme auquel les lits en accord de principe deviennent des lits en fonctionnement est assez lent, ce qui s'explique notamment par la nécessité de construire et/ou de mettre aux normes l'infrastructure⁵⁹.

Le solde de lits à distribuer demeure, quant à lui, relativement faible depuis l'adoption du moratoire en 1997. Ainsi, au 31 décembre 1999, il subsistait un solde de 76 lits à distribuer. Ce chiffre oscille ensuite d'année en année, mais reste très faible en comparaison avec la capacité maximale. Seule l'augmentation du moratoire de 885 lits viendra temporairement augmenter le nombre de lits à distribuer.

Depuis vingt ans, le secteur des maisons de repos (et de soins) est donc quantitativement assez statique : peu de nouveaux lits à distribuer (hormis l'extension du moratoire en 2012), mise en exploitation lente des lits réservés (en accord de principe) et, au final, augmentation limitée du nombre de lits en exploitation (en titre de fonctionnement). Sur cette période, l'offre a cependant évolué sur le plan qualitatif. En effet, une grande partie des moyens complémentaires alloués à la Région durant les vingt dernières années ont été affectés à la requalification de lits MR en lits MRS et donc à une meilleure prise en charge de la grande dépendance⁶⁰.

2.2.1.4 Contraintes liées au développement de l'infrastructure

Délais de mise en fonctionnement des nouvelles places

L'exploitation de nouveaux lits au sein de structures d'hébergement pour personnes âgées nécessite généralement une phase préalable de travaux d'infrastructures, à tout le moins de mise aux normes du bâti.

⁵⁹ Voir le point 2.2.1.4 *Contraintes liées à l'infrastructure*.

⁶⁰ Ainsi, le nombre de lits MRS « mixtes » est passé de 7.170 au 31 décembre 1998 à 21.457 au 31 décembre 2017, car les moyens complémentaires alloués par l'Inami durant cette période ont été prioritairement affectés, en Région wallonne, à la politique de requalification.

Cette phase connaît des durées variables selon l'ampleur du chantier et les retards encourus. Si certains lits peuvent être occupés dans l'année qui suit l'octroi de l'accord de principe, d'autres ne sont disponibles qu'après plus de six ans.

Le système d'information de l'administration ne permet pas d'obtenir des statistiques précises sur les délais, mais une tendance globale peut être dégagée à partir des données disponibles. À l'analyse des dossiers depuis 2009, la Cour constate qu'environ la moitié des nouveaux lits MR⁶¹ ont été mis en exploitation en moins de trois ans, dont environ un tiers dans un délai compris entre trois et six ans⁶² et le solde, soit un peu moins de 15 %, après plus de six ans. Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2018, au moins 700 lits MR ayant reçu un accord de principe depuis plus de trois ans n'étaient toujours pas en exploitation.

L'analyse d'une quinzaine de dossiers montre que les causes évoquées pour justifier ces prolongations de délai sont nombreuses et variées. Elles tiennent, entre autres, à l'obtention du permis d'urbanisme, aux recours de riverains ou d'autres parties intéressées, aux décisions de la tutelle et, aux difficultés d'accès au financement privé ou public. Pour les opérateurs des secteurs public et associatif, les procédures de marchés publics constituent également une contrainte supplémentaire.

Le nouveau décret voté le 13 février 2019 a modifié la durée de validité de l'accord de principe en la portant à une période de cinq ans non renouvelable (au lieu d'une période de trois ans prorogable à une reprise), et ce « *afin de ne pas bloquer des places qui pourraient être construites par les opérateurs disposant de moyens financiers* »⁶³. Cette adaptation du délai aura sans doute peu d'effet sur les délais d'ouverture des lits puisque des dérogations au délai de cinq ans restent possibles dans des conditions assez similaires à celles octroyées précédemment. Dans les faits, des obstacles indépendants de la volonté des opérateurs persisteront et un refus de reconduction de l'accord de principe octroyé initialement restera difficilement envisageable⁶⁴. Par ailleurs, le passage à cinq ans a pour inconvénient de supprimer la possibilité d'un suivi intermédiaire (à trois ans) de l'état d'avancement du projet. Les dossiers justificatifs introduits lors des demandes de prorogation à l'issue d'une période de trois ans permettaient en effet de s'assurer des démarches déjà réalisées dans un délai plus restreint. Lors du débat contradictoire, la ministre a fait savoir que la question de la pertinence de l'extension du délai de validité des accords de principe à cinq ans serait à l'ordre du jour du groupe de travail relatif à la réglementation.

Contraintes spécifiques aux projets d'infrastructures bénéficiant d'un financement public

Les opérateurs sollicitant un subventionnement public s'inscrivent dans une procédure complémentaire distincte, incluant, préalablement aux travaux, l'examen d'un avant-projet

⁶¹ Les données relatives aux délais de mise en exploitation concernent les lits MR ayant obtenu un accord de principe à partir du 1^{er} janvier 2009 (hors transferts et hors cessions) et pour lesquels un titre de fonctionnement a été octroyé au 30 juin 2018 au plus tard. Ces délais ne s'appliquent pas aux lits MRS. Pour rappel, ces lits MRS sont issus d'une requalification de lits MR existants.

⁶² Les nombreuses prorogations d'accord de principe accordées, dont au moins une cinquantaine depuis 2008 pour des lits MR, confirment la propension à dépasser le délai de trois ans.

⁶³ Exposé des motifs du décret du 19 février 2019 relatif à l'aide aux aînés et portant modification du Livre V du code wallon de l'action sociale et de la santé (article 14).

⁶⁴ En effet, une réattribution de l'accord de principe à un autre opérateur allongerait encore les délais de mise en exploitation des nouveaux lits, raison pour laquelle certains accords de principe ont même été prolongés au-delà des six ans réglementairement autorisés.

et d'un projet, et la transmission du dossier d'attribution du marché⁶⁵. Il n'existe cependant pas de statistiques fiables sur les délais réels de tout ou partie de ce processus, notamment pour la phase de traitement administratif.

La Cour des comptes relève que la longueur des délais peut aussi s'expliquer par la disponibilité du financement public. En effet, bien qu'introduits en flux continu par les opérateurs, les projets sont approuvés en fonction de la disponibilité des crédits, d'autant que la réglementation n'impose pas d'échéance au ministre pour accorder la promesse « ferme » d'octroi de la subvention⁶⁶.

Les projets restés en attente de financement durant plusieurs années requièrent ensuite une actualisation avant d'être soumis, le moment venu, à l'approbation ministérielle⁶⁷, ce qui génère une charge de travail additionnelle pour l'administration et pour les porteurs de projets. Lors de l'approbation du plan « *papy boom* », au moins deux des projets sélectionnés étaient des projets validés par l'administration et maintenus en suspens depuis plus de deux ans dans l'attente des crédits nécessaires⁶⁸.

Lorsque les crédits sont disponibles, la réglementation ne prévoit aucun critère pour prioriser les projets ; l'ancienneté du projet ne constitue pas nécessairement une garantie de sélection.

La Cour souligne le manque de transparence des décisions d'octroi tant sur la priorisation des projets⁶⁹ que sur le montant octroyé.

Plan « papy boom »

Dans le cadre de la programmation pluriannuelle du plan « *papy boom* »⁷⁰, la sélection des projets a été effectuée sans tenir compte de leur stade d'avancement dans la procédure réglementaire d'octroi des subsides.

65 Le ministre est tenu d'approuver l'avant-projet dans l'année qui suit le dépôt du dossier complet ; cet accord équivaut à une promesse de principe. Le demandeur dispose ensuite de deux ans pour soumettre son projet. L'accord sur le projet vaut promesse ferme de subside. La transmission du dossier complet relatif à l'attribution du marché doit, quant à elle, intervenir dans les deux ans à dater de la notification de l'accord sur le projet. Des prorogations peuvent être accordées si le retard encouru n'est pas imputable au demandeur. Le ministre fixe enfin le montant définitif de l'intervention financière dans les trois mois de la réception du dossier complet d'attribution du marché.

66 La promesse ferme confère un droit subjectif au paiement de la subvention lorsque toutes les conditions fixées dans la réglementation sont remplies.

67 En particulier, les prix doivent être réévalués. L'évolution du contexte interne ou externe (par exemple évolution des technologies, changement de direction, évolution de la réglementation sur les marchés publics, etc.) à l'établissement influe également sur le maintien du projet introduit ou sur la validité du dossier.

68 Parmi les projets repris au plan « *papy boom* » de 2017, au moins neuf dossiers au stade du projet, et donc en attente d'une promesse ferme de subside, avaient été introduits auprès de l'administration depuis plus d'un an, dont deux avant 2013. Il n'est cependant pas toujours possible de déterminer les délais d'attente car la date à laquelle ces dossiers étaient réputés « complets » n'est pas systématiquement disponible dans la base de données de l'administration.

69 Le constat sur la priorisation des projets ne porte pas sur le plan « *papy boom* » car tous les projets en attente ont été sélectionnés.

70 Le plan « *papy boom* » regroupe une sélection de projets pour lesquels une enveloppe de 187 millions d'euros est programmée sans pour autant être formellement et budgétairement réservée.

Le plan prévoit ainsi un subventionnement pour l'ensemble des dossiers introduits auprès de l'administration avant mai 2017. À cette date, neuf dossiers ne disposaient pas encore de l'approbation ministérielle au stade de l'avant-projet constitutive d'une promesse « de principe » pour l'octroi du subside, puisque les dossiers introduits étaient incomplets, en cours de traitement, voire inexistant⁷¹.

La Cour des comptes relève que les montants promis ont été présentés comme des « enveloppes garanties de subvention régionale » alors que certains dossiers n'étaient pas encore arrivés au terme de l'analyse permettant de leur conférer une promesse ferme de subside. Malgré les précautions prises dans le courrier d'annonce adressé aux opérateurs, cette terminologie a généré de la confusion chez certains d'entre eux qui se sont cru exemptés de suivre toutes les étapes de la procédure réglementaire. Des marchés ont ainsi été lancés alors que la procédure ne le permettait pas encore⁷².

En outre, trois établissements sélectionnés ne disposaient pas d'accord de principe pour l'ouverture des lits liés au projet d'infrastructures. En d'autres termes, ces établissements se sont vu réserver un subside en infrastructure alors même qu'ils n'avaient pas encore obtenu l'autorisation d'ouvrir tous les lits concernés dans le cadre de la programmation. Dans les trois dossiers concernés, le risque de ne finalement pas pouvoir ouvrir de nouvelles places est important car les projets en question sont localisés dans des arrondissements possédant un excédent de lits au regard des règles de programmation géographique⁷³.

La Cour remarque donc qu'une partie des projets désignés comporte des risques accrus de retards, voire de non-réalisation. Vu l'état d'avancement des dossiers, l'ouverture des 677 places du plan « *papy boom* » ne peut être garantie, du moins dans des délais raisonnables.

2.2.2 Offre de services en aide à domicile

Contrairement aux maisons de repos, les services relevant de l'aide à domicile ne font pas l'objet d'une programmation spécifique. Comme ce type de services peut être effectué par diverses structures en dehors de tout agrément régional, l'étendue globale de l'offre ne peut être précisément circonscrite en l'absence d'informations sur les acteurs privés non agréés.

Le subventionnement public est conditionné à l'octroi d'un agrément à durée indéterminée. L'offre de ces services agréés concerne, à titre principal, des prestations d'aides familiales. Un nombre maximum annuel d'heures subventionnables (contingent) est déterminé en fonction des crédits disponibles et réparti entre les services agréés existants. Ces heures sont, en général, intégralement consommées.

⁷¹ Quatre dossiers (au stade de l'avant-projet) ont été déposés moins de quatre mois avant la décision ministérielle. Un établissement s'est aussi vu attribuer une promesse de subside alors qu'aucun dossier n'avait été déposé auprès de l'administration (pas d'avant-projet ni de projet). Dans un autre cas, l'avant-projet était périmé depuis deux ans.

⁷² Pour rappel, la sélection dans le plan « *papy boom* » n'exempte pas l'opérateur du respect de l'ensemble des dispositions légales en vigueur et, réglementairement, c'est l'accord sur le projet qui vaut promesse ferme de subsides et non la mention du projet au plan « *papy boom* ».

⁷³ Voir le point 2.3.4 *Accessibilité géographique de l'offre*.

En 2017, l'aide dispensée par les aides familiales des Safa agréés concernait près de 47.000 bénéficiaires pour un total d'un peu plus de six millions d'heures de prestations. À la suite du transfert de la matière de la DGO5 vers l'Aviq, l'administration ne dispose pas des données permettant de retracer l'évolution historique de cette offre⁷⁴.

Dans le cadre des autres activités subventionnées, le nombre d'heures effectivement prestées par les gardes à domicile et les aides-ménagères ne peut être précisément quantifié en l'absence de données disponibles. Toutefois, en 2018, 475 équivalents temps plein (ETP) gardes à domicile et 865 ETP aides-ménagères étaient subventionnés par le budget wallon.

Par référence à l'évolution des crédits budgétaires de 2008 à 2018, à euros constants⁷⁵, l'augmentation approximative de l'offre globale subsidiée⁷⁶ peut être estimée à 15 % sur cette période.

Compte tenu de la consommation annuelle quasi intégrale des crédits, toute augmentation de l'offre requiert une augmentation des crédits affectés à cette mesure.

2.2.3 Offre de formes intermédiaires de prise en charge

Les formes intermédiaires de prise en charge pour lesquelles l'assurance soins de santé intervient, soit les places en centre de soins de jour et les lits de court séjour, sont soumises à une programmation et donc à un plafonnement de l'offre de lits, selon la même logique que celle applicable aux lits MR et MRS.

L'offre de ces différentes formes intermédiaires de prise en charge est résumée dans le tableau ci-après.

⁷⁴ À titre indicatif, en 2012, 48.021 bénéficiaires des services à domicile étaient recensés (voir *Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation*. Wallonie Santé, n° 5, 2014). Le rapport ne fait cependant pas mention du nombre d'heures prestées, ni du type de prestation concerné.

⁷⁵ Destinés majoritairement à des subventions de frais de personnel, les crédits sont généralement indexés à l'occasion des dépassements de l'indice-pivot. Pour assurer une comparaison entre 2008 et 2018, le calcul a été effectué en neutralisant l'effet des indexations.

⁷⁶ Laquelle comprend les aides familiales, les gardes à domicile, les aides-ménagères, le personnel administratif, etc.

Tableau 2 – Capacité maximale, lits en fonctionnement et en accord de principe des formes intermédiaires de prise en charge au 1^{er} janvier 2018, ainsi que le nombre d'établissements au 1^{er} septembre 2018

Forme intermédiaire	Nombre de lits de la capacité maximale (moratoire)	Lits/places en fonctionnement (01/01/2018)	Lits en accord de principe (01/01/2018)	Nombre d'établissements (01/09/2018)
Lits de court séjour	1.800	1.365	425	236
Places d'accueil de jour	-	801 ⁷⁷	-	71 ⁷⁸
Places de centres de soins de jour	1.045	380	6	41
Résidences-services	-	3.091 (logements)	-	161

Source : service public de Wallonie

La moyenne du taux d'occupation des lits de court séjour s'élève à 74 %⁷⁹ et celle des places de centre de soins de jour à 43 %.

Aucune place n'est proposée en centre d'accueil de soirée et une seule l'est en centre d'accueil de nuit. L'activité des maisons d'accueil communautaire n'étant pas réglementée, celle-ci n'est pas recensée par l'administration. Dans sa réponse, la ministre indique qu'à terme, le dispositif visant à ouvrir quinze maisons d'accueil communautaires à destination des personnes âgées pourrait aboutir à une modification de la réglementation.

2.2.4 Conclusions

2.2.4.1 Hébergement

Le système de prise en charge des personnes âgées en hébergement de longue durée est particulièrement complexe. Le manque de lisibilité du système s'explique notamment par les nombreuses faiblesses dont souffre la réglementation (problèmes conceptuels et terminologiques, omissions, dispositions imprécises, etc.). Certaines des nouvelles dispositions décrétales et réglementaires adoptées en 2019 créent des difficultés supplémentaires, par exemple en assimilant, de manière erronée, des unités d'hébergement à des places « physiques »⁸⁰.

⁷⁷ En ce inclus les places de centres de soins de jour. En effet, comme les lits MRS provenant d'une requalification de lits MR existants, les places des centres de soins de jour sont également issues d'une requalification de places d'accueil de jour existantes. Les places de centres de jour conservent toutefois leur statut initial (de place d'accueil de jour).

⁷⁸ Sur les 71 centres d'accueil de jour en activité au 1^{er} septembre 2018, 30 n'offraient pas de places de centres de soins de jour, 23 offraient les deux types de lits/places et 18 ne proposaient que des places de centres de soins de jour.

⁷⁹ Sur la base des données du 1^{er} juillet 2015 au 30 juin 2016, après avoir extrait les quelques valeurs anormalement faibles (0, 1, 2, 3 %) et élevées (supérieures à 100 %). Le taux d'occupation varie entre 12 et 100 %.

⁸⁰ Pour une analyse détaillée de cette problématique, voir le [point 3.1 Développement de l'offre de prise en charge résidentielle](#).

La Cour des comptes recommande d'opérer une révision approfondie de la réglementation, en collaboration avec l'administration.

Les MRS, plus nombreuses que les MR, hébergent la majeure partie des résidents. Bien qu'il en existe deux types, les établissements hébergent tout type de résident. D'ailleurs, la composition de la patientèle des MR et MRS, au regard du niveau de dépendance, est relativement semblable.

L'offre d'hébergement en MR ou MRS est strictement régulée. Une capacité maximale autorisée (moratoire) est ainsi en vigueur depuis 1997. Sur une période de vingt ans, elle n'a été augmentée que de 885 lits et, depuis 2012, elle est fixée à 49.659 places. Le système est donc quantitativement assez statique. Même si un arrêté du gouvernement wallon, adopté en mai 2019, prévoit d'augmenter la capacité maximale à l'horizon 2030, le nombre définitif de nouvelles places à créer n'est, à ce stade, pas déterminé⁸¹.

Actuellement, le nombre de lits en exploitation n'atteint toutefois pas encore la capacité maximale fixée en 2012. Il n'a d'ailleurs augmenté que de 5 % sur une période de vingt ans, passant de 44.631 à 46.759 lits. En 2018, près de 3.000 lits restaient donc en attente d'une ouverture effective, parfois depuis plusieurs années. La quasi-totalité bénéficie d'un accord de principe. Durant cette même période, la priorité a été accordée à la prise en charge de la grande dépendance, en requalifiant des lits MR en lits MRS. Le nombre de lits MRS a ainsi augmenté de 14.125 unités.

Une fois l'accord de principe octroyé, la mise en exploitation de nouveaux lits peut s'avérer relativement lente, car certains sont seulement mis en service après plus de six ans. Ces délais s'expliquent par la durée du montage du projet d'infrastructures et les difficultés multiples, internes et externes, liées à sa réalisation. La Cour recommande de mettre en place un système de suivi des délais permettant une analyse des causes de retard pour identifier les marges d'amélioration possibles et d'adopter les mesures requises pour minimiser le délai entre la prise de décision et l'ouverture des lits. L'adoption, le 13 février 2019, d'un nouveau système de financement des infrastructures, calqué sur celui des hôpitaux, devrait permettre de maîtriser certaines causes de retard.

La construction ou la mise aux normes d'infrastructures demeurera toutefois soumise à des contraintes parfois imprévisibles, génératrices de retards. Les analyses prospectives doivent donc inclure une anticipation suffisante des délais nécessaires au développement de l'infrastructure pour garantir une extension effective de l'offre qui puisse répondre, en temps opportun, aux enjeux du vieillissement démographique.

De manière plus générale, la Cour recommande d'adapter les processus administratifs pour réduire les charges administratives et les délais. La gestion de la liste d'attente gagnerait à être revue et l'utilité des données purement déclaratives du dossier de demande d'accord de principe devrait être réévaluée. Les critères de sélection pour l'attribution des accords de principe doivent également être clarifiés, en particulier pour garantir l'objectivité et la transparence du choix opéré. En matière d'infrastructures, la promesse d'un financement

⁸¹ Ibid.

public devrait être réservée aux projets ayant fait l'objet d'une première validation par l'administration (à un niveau comparable à celui de l'avant-projet) et bénéficiant d'un accord de principe. Une période maximale entre l'octroi de l'accord de principe et la demande de financement public pourrait être fixée pour assurer une meilleure maîtrise des délais.

Lors du débat contradictoire, la ministre a indiqué que, dès le début de la législature, des réunions de travail ont été menées avec l'administration et les représentants du secteur afin d'adapter et simplifier la réglementation en vigueur. Suspendues durant la crise sanitaire, leur reprise est programmée pour le mois de juin 2021. En outre, des adaptations législatives du décret et de l'arrêté visant une simplification et une praticabilité administrative font déjà l'objet d'un consensus entre les différentes parties prenantes. Elles pourront être portées à la connaissance du gouvernement wallon à moyen terme.

La ministre a précisé par ailleurs qu'un comité de pilotage « vieillissement et qualité de vie » était institué au sein de l'Aviq. Alimenté par quatre groupes de travail, il vise à renforcer les projets en cours et initier de nouveaux chantiers dont, entre autres, la révision des normes.

Elle mentionne aussi avoir bien pris note de la recommandation de la Cour relative à la mise en place d'un système de suivi des délais de mise en exploitation, en particulier en cas de financement public. Concernant le nouveau système de financement des infrastructures et son opérationnalisation, les recommandations de la Cour seront prises en compte dans le cadre des travaux actuellement en cours.

2.2.4.2 Aide à domicile

L'offre globale de services sur le territoire wallon ne fait pas l'objet d'une régulation spécifique.

L'offre délivrée par les services agréés couvre, à titre principal, des prestations d'aides familiales. En 2017, plus de six millions d'heures ont été prestées dans le cadre du contingent subsidié. L'offre globale, toutes activités confondues, demeure cependant peu connue, faute de données disponibles, notamment en ce qui concerne les heures effectuées par les aides-ménagères et les gardes à domicile.

2.2.4.3 Formes intermédiaires de prise en charge

Le développement et le soutien des pouvoirs publics aux différentes formes intermédiaires de prise en charge sont assez variables. Or, elles font aussi partie de l'offre de prise en charge des personnes dépendantes et ont, à cet égard, un effet sur le dimensionnement de l'offre en institutions d'hébergement et d'aide à domicile.

La Cour des comptes recommande de clarifier les facteurs expliquant le manque de développement ou de succès de ces formes intermédiaires ainsi que la participation des différents secteurs au déploiement de l'offre.

Dans sa réponse, la ministre précise que l'Aviq a commandité deux recherches auprès d'étudiants en master en ingénierie sociale au cours des années académiques 2016-2017 et 2017-2018 ; l'une portant sur les raisons de l'insuccès des centres d'accueil de jour (CAJ) et, l'autre, sur les conditions auxquelles doit répondre le court séjour pour constituer un support pour le soutien à domicile.

Concernant le court séjour, la ministre mentionne également que le budget initial 2021 permet une « reconversion » de 30 % de places court séjour type « maison de repos » en court séjour type « maison de repos et de soins ». Les places ainsi reconverties bénéficieront d'un encadrement en personnel plus important que des places court séjour classiques. Au sujet des centres de soins, elle ajoute qu'elle souhaite mener un projet d'offre de répit aux aidants proches dans quinze centres de soins de jour accueillant des aînés dont l'état de santé nécessite la mise en place d'un plan thérapeutique ; l'objectif est d'améliorer l'accompagnement à visée thérapeutique des aînés et de créer des espaces de parole pour les aidants.

2.3 Couverture des besoins actuels

La Cour des comptes a examiné si les besoins de prise en charge des personnes âgées dépendantes étaient suffisamment connus et si l'offre actuelle était quantitativement et qualitativement suffisante pour les couvrir.

2.3.1 Besoins satisfaits

2.3.1.1 Hébergement de longue durée

La base de données exploitée par l'administration pour sa gestion quotidienne fournit principalement une photographie de l'offre⁸². Les informations relatives aux résidents sont, quant à elles, collectées tous les deux ans, via une enquête auprès des établissements. Cette collecte donne lieu à la publication d'un rapport dressant un panorama des caractéristiques des résidents en termes d'âge et de niveau de dépendance. Le dernier rapport disponible au moment des travaux d'audit avait été publié en 2015 sur la base des données de 2014⁸³.

Les données collectées n'étaient donc pas à jour et s'avéraient incomplètes puisque près de 10 % des établissements (57 sur 571⁸⁴) n'avaient pas répondu à l'enquête. En outre, aucun système de contrôle ne garantit la qualité des informations transmises.

Par ailleurs, l'objectif du rapportage demeure confus⁸⁵. Tel que conçu, le rapport publié en 2015 ne constitue pas un dispositif suffisant pour assurer un suivi de la politique ou

⁸² Conçue pour assurer un suivi individuel des dossiers, cette base de données reprend, pour l'essentiel, des informations sur les établissements (signalétique, nombre et type de lits, etc.) et sur les décisions les concernant (demandes d'accord de principe et de titre de fonctionnement, inspections, sanctions, etc.). Elle permet aussi d'établir les statistiques utilisées pour répartir les lits disponibles entre arrondissements et secteurs (voir ci-après le point 2.3.4 *Accessibilité géographique de l'offre*).

⁸³ Un nouveau rapport portant sur des données de l'année 2017 (collectées en 2018) a été publié en décembre 2019. L'administration justifie le non-respect du caractère bisannuel de ces rapports par l'insuffisance des ressources disponibles et en raison des changements majeurs auxquels elle a été confrontée (transfert de compétences, mise en place de l'Aviq, etc.).

⁸⁴ La réglementation prévoit cette collecte d'informations mais n'impose aucune sanction en cas de non-participation. Compte tenu du taux de réponse obtenu, le rapport recense 42.201 personnes hébergées en long séjour au 31 décembre 2014, alors que le nombre de lits en fonctionnement au 1^{er} janvier 2015 était de 47.300.

⁸⁵ Plusieurs textes légaux et réglementaires traitent de ce rapportage. Les données visées sont nombreuses et disparates, et l'objectif poursuivi par le rapportage n'est, quant à lui, pas uniformément défini par la réglementation. Article 365 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable, article 1.441 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie réglementaire et arrêté ministériel du 6 juin 2012 déterminant le contenu du rapport visé à l'article 365 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

constituer un outil de pilotage et de prospective. À ce jour, cet exercice de rapportage n'a pas suscité de suite stratégique, ni de la part du gouvernement, ni de la part du Parlement.

Par ailleurs, certaines informations permettant de mieux comprendre les besoins satisfaits ne sont pas connues ni/ou analysées. Ainsi, la caractérisation, voire les motivations de certaines catégories de résidents mériteraient d'être davantage explorées (par exemple les résidents non ou peu dépendants, qui représentent 31,2 % du nombre total des résidents, ceux de moins de 60 ans ou encore ceux des arrondissements transfrontaliers). L'administration wallonne ne recueille, en outre, aucune donnée périodique sur le taux d'occupation des différentes structures d'hébergement.

Les données disponibles auprès de l'administration donnent donc un aperçu global des besoins actuellement couverts par l'offre de lits disponibles, mais la qualité, la précision et l'exploitation de ces informations devraient être améliorées dans la perspective d'un suivi et d'un pilotage efficace.

La Cour des comptes recommande d'exploiter davantage les données enregistrées dans l'application liée au paiement des forfaits dont la gestion est assurée par l'Aviq depuis le 1^{er} janvier 2019. Des informations exhaustives et plus fiables, notamment sur les taux d'occupation des établissements, pourraient être collectées au départ des données contenues dans l'application et relatives au nombre de journées d'hébergement facturées, par niveau de dépendance du résident et par type de lits. Le fait que l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami) soit seul à maîtriser l'application concernée constitue cependant un frein à une exploitation optimale de ces données⁸⁶.

Dans sa réponse, la ministre indique que la proposition de la Cour fera l'objet d'une analyse avec l'administration compétente. Elle évoque par ailleurs les rapports dressant une photographie du secteur et indique que, à chaque édition, les informations sont de plus en plus complètes et les questionnaires s'enrichissent de points relatifs à la qualité.

2.3.1.2 Aide à domicile

L'information détenue par l'administration sur les bénéficiaires des Safa est très parcellaire ; les besoins actuellement couverts par l'offre de services à domicile sont donc peu connus de l'autorité publique.

Pour l'essentiel⁸⁷, l'administration a connaissance du nombre d'heures prestées par bénéficiaire, par service et pour les activités des aides familiales. Comme les activités de garde à domicile et d'aide-ménagère sont subventionnées de manière forfaitaire, aucune donnée n'est recueillie sur les bénéficiaires concernés.

À défaut de toute autre information, l'administration ne peut déterminer le nombre de personnes âgées aidées puisque les Safa, comme leur nom l'indique (« services agréés d'aide aux familles et aux aînés »), s'adressent également aux familles en difficultés et à

⁸⁶ À titre transitoire, les requêtes continuent à être gérées par les informaticiens de l'Inami.

⁸⁷ Lorsque des dérogations individuelles doivent être soumises à l'administration, des données complémentaires sont transmises.

des personnes isolées, handicapées et malades⁸⁸. Il n'est donc pas possible de différencier le volume d'heures prestées auprès des différents publics cibles, ni le type de perte d'autonomie concerné (inaptitude physique ou mentale et/ou circonstances sociales particulières).

Les Safa disposent d'informations complémentaires utiles, comme l'âge⁸⁹, mais elles ne sont pas systématiquement transmises, ou pas toujours enregistrées ni formatées de manière à en permettre une exploitation fiable.

Ainsi, bien que le dossier social tenu par les Safa consigne des informations sur les limitations de capacité de la personne⁹⁰, les bénéficiaires de l'aide à domicile ne se voient pas assigner un degré de dépendance spécifique. Il est alors impossible de déterminer un nombre d'heures prestées moyen par usager tenant compte du niveau de dépendance, et, par conséquent, un coût moyen de l'aide prestée, pour notamment affiner les analyses prospectives ou arbitrer les choix politiques à opérer en matière de prise en charge de la dépendance.

Plus généralement, il n'existe aucun rapportage périodique permettant un suivi et un pilotage spécifique de la politique.

La Cour des comptes constate qu'en 2011, l'administration avait déjà mis en exergue le manque de données disponibles relatives aux besoins couverts par les services d'aide à domicile⁹¹ et souligné que l'utilisation du BelRAI⁹² devrait permettre de résoudre ce problème⁹³. Cependant, ce système d'évaluation de la dépendance n'est toujours pas d'application en Région wallonne.

2.3.1.3 Formes intermédiaires de prise en charge

Les lacunes générales du rapport bisannuel déjà relevées valent également pour les formes intermédiaires de prise en charge. Les informations communiquées y sont notamment de nature très descriptive. Ainsi, des données sur la provenance et la destination (domicile,

⁸⁸ Article 220, § 1^{er}, du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable.

⁸⁹ Entre autres, l'âge n'est plus fourni à l'administration depuis 2014 vu la simplification administrative du formulaire de données à transmettre. Les statistiques établies en 2014 démontraient qu'environ 70 % des bénéficiaires des Safa étaient alors âgés de 60 ans et plus (*Les services pour personnes âgées en Wallonie. Offre et utilisation*, Wallonie Santé, n° 5, 2014).

⁹⁰ Conformément à l'article 222 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable et à la circulaire du 12 novembre 2012 sur la mise en œuvre du dossier social à partir du 1^{er} janvier 2013, « [l']assistant social, l'infirmier gradué social ou l'infirmier gradué spécialisé en santé communautaire ou en santé publique complète un dossier social visant à déterminer les besoins de la personne. »

⁹¹ Dans une note d'orientation de décembre 2011 portant sur le *Plan de développement et d'implémentation de l'échelle d'évaluation BelRAI* en Région wallonne, l'administration indiquait au cabinet du ministre de l'Action sociale et de la Santé que « la Wallonie dispose de peu de données objectives du profil de dépendance de son public cible et l'exploitation des données actuelles ne permet pas d'élaborer une politique d'actions de prévention et de soins adaptée aux besoins des personnes ».

⁹² Le BelRAI est la version belge d'un instrument de mesure de la dépendance utilisé dans différents pays européens, le « *Resident Assessment Instrument* » (RAI).

⁹³ Dans la note précitée, l'administration relevait qu'« il ne s'agit donc plus de démontrer la plus-value du RAI dans notre système de santé, celle-ci est aujourd'hui considérée comme évidente et les projets pilotes ne sont là que pour tester les aspects opérationnels de sa mise en œuvre. » Les acteurs de l'aide à domicile n'utilisent toujours pas cet outil d'évaluation, alors qu'un protocole d'accord visant son application par les différentes entités de l'État belge a été signé en 2003. Une étude menée en vertu du protocole d'accord du 15 janvier 2003 entre les gouvernements fédéral et régionaux a montré que le Bel RAI répondait le mieux aux attentes en matière d'analyse des besoins, en comparaison avec l'échelle de Katz notamment, et d'élaboration d'un plan de soins.

hôpital, résidence-service, etc.) des bénéficiaires y sont fournies, mais ne permettent pas de dégager ni de quantifier des trajectoires types de prise en charge, allant du domicile à l'hébergement de longue durée, lesquelles pourraient être exploitées pour anticiper l'évolution des besoins futurs.

Les besoins couverts sont également connus de manière insuffisante. Ainsi, il n'existe aucune information permettant de déterminer dans quelle proportion les lits de court séjour sont utilisés à des fins de répit ou de revalidation, voire comme une solution d'attente en vue d'une entrée définitive en maison de repos (et de soins), ni de mettre en relation cette information avec la durée et la fréquence des séjours, ainsi que la provenance (domicile, hospitalisation ou forme de prise en charge) et la destination (retour au domicile ou institutionnalisation) du bénéficiaire⁹⁴.

2.3.2 Besoins insatisfaits

Si la connaissance des besoins actuellement pris en charge reste sommaire, la Cour des comptes a également cherché à déterminer si l'offre actuelle de services s'avère suffisante pour couvrir la demande.

À défaut d'un système d'information approprié, le caractère suffisant ou insuffisant de l'offre actuelle ne peut toutefois être évalué que de manière indirecte, en examinant le degré de saturation de l'offre actuelle et les indices suggérant l'existence d'une demande insatisfaite, tels que, par exemple des listes d'attente⁹⁵.

2.3.2.1 Hébergement de longue durée

Plusieurs éléments indiquent une insuffisance de l'offre actuelle de lits à l'échelle de la Région wallonne.

Taux d'occupation élevés des lits MR et MRS⁹⁶

La Cour des comptes a estimé les taux d'occupation au départ des données disponibles⁹⁷. La moyenne observée entre le 1^{er} juillet 2016 et le 30 juin 2017 s'établit à 93,2 % pour les lits MR et à 98,5 % pour les lits MRS, ce qui tend à confirmer l'utilisation à pleine capacité de l'offre actuelle.

⁹⁴ Le rapport bisannuel 2014 relève en effet qu'une proportion considérable d'occupants de lits de court séjour intègre, dans la foulée, une maison de repos de manière définitive. Ce rapport émet donc l'hypothèse que le passage par le court séjour pourrait, dans un certain nombre de cas, constituer une solution d'attente en vue de l'entrée en maison de repos.

⁹⁵ Cette approche a toutefois ses limites puisque l'absence de demandeurs sur listes d'attente peut ne pas résulter de la satisfaction de l'ensemble des besoins mais bien, par exemple, d'une tarification trop élevée ; de même, l'absence de demandes d'ouvertures de places, lits, etc., peut s'expliquer par un manque d'intérêt (financier, entre autres) des opérateurs, ou encore par les obstacles auxquels ils sont confrontés dans le montage de leur projet.

⁹⁶ Ce taux reflète la rapidité avec laquelle les lits vides sont à nouveau occupés. Plus le taux est élevé, plus le remplacement s'opère rapidement, ce qui donne une information sur l'existence d'une demande en attente.

⁹⁷ Les taux d'occupation des établissements ont été calculés au départ des données relatives aux journées d'hébergement facturées (du 1^{er} juillet 2016 au 30 juin 2017) et au nombre de lits en exploitation au 30 juin 2016. Ce mode de calcul comporte un biais car toute ouverture ou fermeture de lits postérieure à cette date aura une influence sur l'occupation des lits durant la période de référence, mais ne modifiera pas le nombre de lits pris en compte, qui reste fixé au nombre de lits du 30 juin. Dans ce cadre, un taux d'occupation supérieur à 100 % est théoriquement possible en cas d'augmentation du nombre de lits de l'établissement concerné sur la période de référence. Ainsi, nombre d'établissements (245 sur 432) ont des taux d'occupation de leurs lits MRS de plus de 100 %.

À noter qu'un taux d'occupation inférieur à 100 % n'indique pas nécessairement une sous-occupation ou l'absence de liste d'attente dans la mesure où il faut tenir compte des périodes d'inoccupation temporaires⁹⁸ des lits et du délai nécessaire de remise en état des chambres avant l'entrée d'un nouveau résident.

Plusieurs éléments développés ci-après viennent étayer le diagnostic d'une insuffisance de l'offre actuelle par rapport à la demande.

Une offre en recul continu par rapport à l'augmentation de la population âgée

Le ratio du nombre de lits ouverts en Région wallonne par 10.000 habitants âgés a diminué depuis l'entrée en vigueur du moratoire⁹⁹, et ce quel que soit l'âge de référence (65, 75 ou 85 ans et plus), comme l'illustre le tableau ci-après¹⁰⁰.

Tableau 3 – Évolution du nombre de lits par rapport à la population âgée

Nombre de lits en exploitation par 10.000 habitants	1999	2018	Variation (nombre)	Variation (%)
de 65 ans et plus	817	722	-95	-12 %
de 75 ans et plus	1.940	1.606	-334	-17 %
de 85 ans et plus	7.963	4.886	-3.077	-39 %

Source : données Aviq et Bureau fédéral du plan, traitées par la Cour des comptes

L'augmentation réelle de 2.128 lits en exploitation intervenue entre 1999 et 2018 (+5 %) n'a pas été suffisante pour contrer l'effet beaucoup plus important du vieillissement démographique combiné à l'augmentation de l'espérance de vie.

De surcroît, la mise en exploitation future de la capacité maximale des lits prévue réglementairement n'aura qu'un effet limité et ne permettra pas de corriger significativement les ratios précités. Elle n'engendrera en effet que l'ouverture de 1.672 lits supplémentaires¹⁰¹ toujours en accord de principe en 2018, en ce compris les places liées au plan « papy boom ».

Existence de listes d'attente

L'existence de listes d'attente à l'entrée en MR/MRS indique aussi que l'offre actuelle est insuffisante. Selon la note au gouvernement relative au plan « papy boom », « on estime qu'il y a actuellement au minimum entre 6 et 12 mois d'attente pour disposer d'une chambre en MR/MRS, et environ 3 mois d'attente pour trouver une place d'accueil en centre de jour. »

⁹⁸ En cas d'hospitalisation des résidents, de retours en famille même temporaires, etc.

⁹⁹ Le nombre de lits ouverts par 10.000 habitants a été calculé pour différentes tranches d'âge (de 65 ans et plus, de 75 ans et plus, de 85 ans et plus) puisque l'âge moyen d'entrée en maison de repos a augmenté en raison de l'allongement de l'espérance de vie (en bonne santé).

¹⁰⁰ Cette diminution relative du nombre de lits ne vient pas corriger un éventuel excédent qui aurait existé en 1999. En effet, le nombre important (2.455) d'accords de principe demandés par les opérateurs et octroyés au 1^{er} janvier 1999 montre l'intérêt qu'il y avait à l'époque, pour les opérateurs, d'ouvrir de nouveaux lits et que, par conséquent, l'offre de lits (44.631 unités) n'était donc pas excédentaire.

¹⁰¹ La différence entre le nombre de lits ouverts en 1999 et la capacité maximale en vigueur en 2018 s'élève à 3.800. La capacité maximale a faiblement augmenté durant cette période, de 885 lits en 2012. Entre 1999 et 2018, seuls 2.128 lits sur le potentiel de 3.800, soit 56 %, ont été effectivement ouverts, tandis que le solde (1.672 lits) en est toujours au stade de l'accord de principe et donc en attente de concrétisation.

Toutefois, l'on ne connaît actuellement pas de manière précise le nombre de personnes inscrites sur liste d'attente à une date donnée, ni les délais d'attente, ni les caractéristiques des besoins non satisfaits (niveau de dépendance, localisation, etc.).

L'administration a mené une analyse spécifique des listes d'attente à la demande du cabinet du ministre de l'Action sociale et de la Santé, en mai 2016¹⁰², pour mettre au jour une éventuelle sous-programmation. Cette analyse s'est appuyée sur un questionnaire adressé aux établissements, dont seuls 35 % (soit 219 établissements) ont répondu. Presque tous les répondants ont indiqué avoir une liste d'attente, comptant de 2 à 824 personnes.

Les données collectées n'ont toutefois pas permis d'objectiver la demande non satisfaite car, outre la fiabilité non garantie des données transmises, plusieurs éléments empêchent un comptage approprié, à savoir, entre autres :

- l'inscription de mêmes candidats sur plusieurs listes d'attente ;
- l'absence de désinscription en cas de décès ou d'admission dans un autre établissement ;
- l'inscription prématurée de certaines personnes qui ne souhaitent pas entrer dans l'immédiat.

L'étude conclut : « *L'analyse des listes d'attente n'est pas un moyen fiable d'estimer l'adéquation entre la demande et le nombre de places disponibles en maison de repos. En effet, les listes d'attente actuelles ne sont pas assez précises quant aux attentes des personnes qui y sont inscrites.* »

Si la Cour partage ce constat sur l'exploitation des listes d'attente, du moins telles qu'elles sont tenues actuellement, elle estime néanmoins qu'une information appropriée devrait être collectée dans le cadre d'un système d'information adapté. Une connaissance, à tout le moins globale, de la demande en attente et de ses caractéristiques est en effet indispensable au pilotage et à l'évaluation d'une politique de prise en charge de la dépendance.

Existence de demandes d'accord de principe en attente

Un autre indice de sous-programmation réside dans le nombre de lits en attente d'un accord de principe. Compte tenu de la charge administrative que cette procédure occasionne, cette démarche résulte a priori d'un réel besoin identifié par les opérateurs.

Lors de la dernière opération de distribution de lits, qui s'est déroulée en avril 2017, l'on recensait 125 dossiers ouverts auprès de l'administration. Ces dossiers représentaient un total de 3.691 lits MR en attente d'un accord de principe.

Pour ce qui concerne les lits MRS, la dernière opération de distribution de lits (avril 2017) a concerné 114 dossiers¹⁰³ ouverts, pour un nombre total de 1.882 lits. L'offre actuelle pour ce type de lits paraît donc aussi insuffisante.

¹⁰² Analyse menée par l'Observatoire wallon de la santé.

¹⁰³ À savoir 33 dossiers introduits en 2017 et 81 dossiers ouverts les années précédentes, mais toujours actifs.

2.3.2.2 Aide à domicile

Concernant les services d'aide à domicile, différents indices révèlent également une insuffisance de l'offre contingente par rapport à la demande réelle.

La consommation de l'ensemble des heures du contingent et l'utilisation quasi intégrale des crédits consacrés aux Safa montrent une saturation de l'offre actuelle. Globalement, les services prestent plus d'heures que les heures subsidiées. En 2016, 275.000 heures ont ainsi été prestées sur les fonds propres des Safa.

Par ailleurs, les témoignages de divers acteurs du secteur font état d'un grand nombre de demandes de service refusées¹⁰⁴ faute de contingents disponibles.

L'ampleur de cette demande insatisfaite ne peut cependant pas être précisément évaluée puisque ces refus ne font pas, comme tels, l'objet d'un enregistrement approprié et systématique¹⁰⁵.

2.3.2.3 Formes intermédiaires de prise en charge

En matière de court séjour, la capacité maximale de lits (1.800) est atteinte depuis 2013¹⁰⁶ et les demandes d'accord de principe sur la liste d'attente pour l'obtention de tels lits représentaient, au 1^{er} janvier 2017, un total de 424 lits, soit près d'un quart de l'offre actuelle.

Pour ce qui concerne les places d'accueil de jour, il n'est pas possible de déterminer si l'offre actuelle répond aux besoins pour ce type de prise en charge, ni si elle s'articule d'une quelconque manière avec celle, similaire en termes de services proposés, des maisons d'accueil communautaire.

L'offre de places en centres de soins de jour (380 places en exploitation au 1^{er} janvier 2018¹⁰⁷) est largement inférieure à la capacité maximale de 1.045 places fixée dans le cadre du moratoire, sans savoir si cette situation résulte d'une surestimation des besoins pouvant être financés dans le cadre de la capacité maximale, d'un manque d'intérêt de la part des

¹⁰⁴ Ainsi, en commission des Travaux publics, de l'Action sociale et de la Santé du Parlement wallon qui s'est tenue le 8 novembre 2016, l'administrateur délégué de la Fédération des centrales de services à domicile soulignait : « Les services d'aides familiales doivent, plus souvent qu'à leur tour, refuser des services à un certain nombre de bénéficiaires ou de demandes de bénéfice des aides familiales, en raison du fait que nous ne disposons pas des moyens ». Le procès-verbal du comité de branche Bien-être et Santé du 17 octobre 2016 fait également état d'une saturation du secteur. Un représentant de la Fédération de l'aide et des soins à domicile prend comme exemple la province de Namur où « entre mai et juin, on ne peut plus répondre à toute nouvelle demande. On doit attendre un placement en institution ou un décès. Le rapport d'activités 2012-2013 a mis en avant une analyse des refus : six à sept mille refus dont la moitié est due au manque de contingent. ».

¹⁰⁵ De même, les données disponibles ne permettent pas de déterminer, de façon agrégée, les écarts éventuels entre l'aide réellement accordée et l'aide jugée nécessaire.

¹⁰⁶ Si l'on prend aussi en compte les lits pour lesquels l'accord de principe a déjà été octroyé aux opérateurs. Au 1^{er} janvier 2018, il y avait 425 lits en accord de principe.

¹⁰⁷ L'offre « en devenir » est aussi faible puisqu'à cette même date, il n'y a que six places pour lesquelles un accord de principe a été octroyé ; il reste donc 659 places à attribuer.

opérateurs ou des contraintes qu'ils subissent, ou encore d'un sous-développement de l'offre de places d'accueil de jour¹⁰⁸⁻¹⁰⁹.

Le rapport entre l'offre et la demande de logements en résidences-services, qui sont moins répandues en Région wallonne qu'en Région flamande¹¹⁰, est aussi largement méconnu.

2.3.3 Adéquation de la prise en charge

2.3.3.1 Hébergement de longue durée

De manière générale, la Cour des comptes remarque que le système actuel engendre un risque significatif que les résidents dépendants ne puissent bénéficier d'une prise en charge en adéquation avec leur niveau de dépendance.

Risques d'une qualité insuffisante de prise en charge des personnes dépendantes résidant en MR
Dans le dispositif actuel, le risque d'une prise en charge inadaptée ou de moindre qualité pèse sur les personnes dépendantes, en particulier si elles résident en MR.

Ainsi, les personnes dépendantes¹¹¹ hébergées dans un établissement MR, soit un peu plus de 4.000 personnes en 2014, ne bénéficient pas d'une structure qui répond nécessairement aux normes architecturales, d'organisation et de personnel prévues pour les établissements MRS. Ces établissements MRS seraient pourtant plus adaptés aux besoins de ces personnes dépendantes¹¹².

Plus généralement, le niveau de financement ne dépend pas directement du profil de dépendance réel des résidents. Ainsi, les personnes dépendantes sont moins financées si elles occupent des lits MR dans une MR que des lits MRS dans une MRS. Au sein même des MRS, ces personnes occupant des lits MR, soit environ un peu plus de 4.500 en 2014, sont également moins financées que si elles occupaient des lits MRS. Cependant, elles pourraient y bénéficier d'une qualité de prise en charge supérieure à celle offerte au sein des MR, en raison des normes supérieures qui y règnent. De plus, l'occupation d'un lit MR en maison de repos et de soins peut n'être que temporaire, dans l'attente qu'un lit MRS se libère.

Pour la personne dépendante, l'occupation d'un lit MR ou MRS n'est pas non plus financièrement neutre : si elle occupe un lit MRS, les soins prestés par le kinésithérapeute de la MRS sont entièrement couverts par le forfait Inami ; si elle occupe un lit MR, elle émargera au système général d'assurance soins de santé et supportera le ticket modérateur.

La Cour constate que le nombre de lits MRS disponibles, limité actuellement à 21.457, est insuffisant au regard du nombre de personnes dépendantes présentes dans les établissements

¹⁰⁸ Les places de centres de soins de jour sont issues d'une requalification de places d'accueil de jour existantes.

¹⁰⁹ La norme de programmation de trois places de centre de soins de jour pour 1.000 habitants de plus de 75 ans résidant dans un même arrondissement est donc rarement atteinte. Article 1.417 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie réglementaire.

¹¹⁰ D'autres considérations que les seuls besoins à satisfaire, en termes de prix notamment, peuvent expliquer cette différence.

¹¹¹ Minimum de niveau B sur l'échelle de Katz.

¹¹² Voir annexe 120 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

d'hébergement. Pour rappel, en avril 2017, il y avait 114 dossiers en attente d'un accord de principe (pour une requalification), représentant une demande de 1.882 nouveaux lits MRS.

Compte tenu du profil de dépendance de leur patientèle et de leur capacité d'hébergement¹¹³, environ la moitié des établissements MR, qui représentent 30 % du total des établissements et 16 % du total des lits, ont la possibilité d'introduire une demande de requalification d'une partie de leurs lits, moyennant le respect des normes¹¹⁴⁻¹¹⁵. Les raisons pour lesquelles certaines MR ne sollicitent pas l'agrément MRS, alors que le profil de leurs résidents le justifie, mériteraient d'être éclaircies.

La Cour relève enfin que les normes de personnel auxquelles doivent satisfaire les MR et MRS pour obtenir leur titre de fonctionnement ne sont pas calquées sur les normes de personnel fixées pour le calcul de l'allocation forfaitaire. Le personnel finançable peut donc être moins nombreux que le personnel nécessaire pour le maintien de l'agrément, ou inversement selon le cas pris en considération. Ces normes d'agrément sont, par ailleurs, liées à un nombre de lits et donc de résidents, et non à leur niveau de dépendance effectif. Ici encore, l'absence de lien avec la situation réelle des besoins présente un risque pour l'adéquation de la prise en charge.

Occupation d'un nombre de lits considérable par des personnes peu ou non dépendantes

En 2014, 13,8 % des résidents des établissements pour aînés¹¹⁶, soit environ 6.500 personnes, ne sont pas dépendants physiquement ni psychiquement (niveau O sur l'échelle de Katz)¹¹⁷. Le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés prévoit de maintenir cette mixité de manière à ne pas « priver les personnes non dépendantes d'un choix de vie ». Néanmoins, la réglementation associe la prise en charge résidentielle des aînés, même au sein des maisons de repos, à un problème de dépendance¹¹⁸.

Dans une situation où l'offre est présumée insuffisante, cette mixité implique toutefois que des personnes dépendantes, voire lourdement dépendantes, sont maintenues sur une liste d'attente alors que des lits sont occupés par des personnes non dépendantes. La liberté de choix, voire la nécessité, des personnes dépendantes d'entrer en maison de repos se voit ainsi restreinte.

Le centre d'expertise fédéral des soins de santé soulignait dans une étude de 2011 que cette population résidentielle actuellement peu dépendante constitue un « *stock tampon de capacité résidentielle* » qui pourrait être affecté à des personnes plus dépendantes pour autant que des dispositions de cadre de vie idoines soient proposées à ces personnes peu ou non dépendantes, soit chez elles, soit dans des logements semi-résidentiels (résidences-services, centres de vie avec assistance, etc.).

¹¹³ Pour pouvoir requalifier une partie de ses lits, une MR doit avoir une capacité d'hébergement de minimum 40 lits et pouvoir certifier la présence d'au moins 25 résidents fortement dépendants.

¹¹⁴ Au final, les établissements qui ne remplissent pas la condition de capacité et de profil de dépendance de leurs résidents représentent moins de 1.000 lits.

¹¹⁵ Certaines demandes figurent toutefois peut-être parmi les 114 dossiers en attente.

¹¹⁶ MR et MRS confondues.

¹¹⁷ Le taux de résidents faiblement dépendants (niveau A sur l'échelle de Katz) s'élève à 17,4 %.

¹¹⁸ Les résidents « y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux ».

Aucune étude n'a toutefois été réalisée en Région wallonne pour déterminer les raisons qui incitent ces personnes non dépendantes à rentrer en maison de repos (et de soins), telles que le souhait d'occuper un logement de taille plus restreinte, l'isolement social, la perte d'un conjoint, etc. Une étude menée en 2017 en Région de Bruxelles-Capitale¹¹⁹ à la demande de la Commission communautaire commune a permis d'identifier six types de profil de résidents peu ou non dépendants, et propose des pistes de solutions susceptibles de retarder ou d'éviter une prise en charge institutionnelle¹²⁰.

2.3.3.2 Aide à domicile

De manière générale, la Cour des comptes remarque que, même si les dépassements de contingent de certains services d'aide à domicile confirment une volonté des opérateurs de satisfaire au mieux les demandes qui leur sont adressées, le système actuel ne garantit pas une prise en charge en adéquation avec les besoins des bénéficiaires, notamment des plus dépendants.

La législation prévoit que les aides soient accordées, en priorité, « à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les moins favorisés sur le plan financier », mais la mise en œuvre de cette disposition n'est pas organisée¹²¹. Il convient de rappeler que les besoins de prise en charge ne sont pas objectivés au moyen d'une échelle reconnue d'évaluation de la dépendance. De plus, les Safa prennent aussi en charge des personnes isolées ou des familles en difficultés dont les besoins ne relèvent pas de la dépendance physique ou psychique. La priorisation entre les différents types de besoins n'est pas davantage clarifiée.

Par ailleurs, l'évaluation du principe de priorisation des bénéficiaires se heurte à d'autres difficultés pratiques. La sélection des bénéficiaires opérée au sein des Safa est rarement formalisée. En outre, toutes les demandes éligibles ne sont pas enregistrées et évaluées, ce qui ne permet pas d'établir si l'aide prestée est bien orientée vers les personnes qui en ont le plus besoin. En l'absence de données structurées, il est impossible de déterminer si le volume de l'aide est périodiquement réévalué et/ou réattribué.

À défaut d'évaluation, l'administration mène, depuis 2018, un travail de sensibilisation auprès des Safa. La mise en œuvre de la priorisation de l'aide reste peu satisfaisante, et ce d'autant que l'offre ne permet pas de répondre à l'ensemble de la demande exprimée.

¹¹⁹ « Les profils des résidents O et A en maison de repos pour personnes âgées (MR) en Région de Bruxelles-Capitale - Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives. »

¹²⁰ Plusieurs pistes ont été énoncées par différents interlocuteurs de cette étude. Toutes envisagent de pouvoir bénéficier d'un « encadrement social » de même que de certaines aides (courses, ménage, administration, etc.). Ainsi, il peut s'agir de formules d'hébergement institutionnel (résidences-services « sociales », habitation type « antenne Andromède », etc.) ou encore, de maintien de la vie à domicile – seul ou en collectivité –, mais en proposant des structures de soutien, d'aide et de services, voire d'animation dans les quartiers (avec la présence d'un référent de type « interlocuteur social »). L'accessibilité financière constitue cependant le critère de faisabilité principal pour les publics considérés.

¹²¹ Pour une explication plus détaillée de cette problématique, voir l'annexe 2 – Faiblesses réglementaires.

2.3.3.3 *Formes intermédiaires de prise en charge*

Les différentes formes intermédiaires de prise en charge ont pour objectif de prolonger le maintien au domicile des bénéficiaires¹²². La Cour des comptes constate toutefois que les objectifs plus spécifiques poursuivis par chacune de ces mesures ne sont pas définis ou manquent de précision. Ainsi, les missions du court séjour ne sont pas définies dans la réglementation ; celles des centres d'accueil de jour ne sont guère explicites¹²³ ; et les maisons d'accueil communautaires ne reposent sur aucun dispositif légal. Les activités réellement prestées sont, de plus, insuffisamment connues.

Ces dispositifs ne répondent pas de manière ciblée et articulée aux différents types de besoins rencontrés. La place affectée à chacun d'eux dans l'éventail de prise en charge, allant du maintien au domicile à l'hébergement de longue durée, n'apparaît donc pas clairement.

Ce manque de stratégie cohérente dans les réponses apportées aux multiples besoins peut donner lieu à certaines incompréhensions. Ainsi, le court séjour, dont les missions ne sont pas définies et dont l'offre semble saturée¹²⁴, est utilisé en partie pour permettre à la famille et aux aidants proches des personnes âgées de bénéficier d'une période de répit. Ce besoin pourrait être couvert par la fréquentation en continu d'un centre d'accueil, de jour et de nuit, ce que la réglementation n'autorise toutefois pas actuellement¹²⁵.

La Cour relève également que les centres d'accueil de jour accueillent aussi des personnes dépendantes sans être agréées et financées pour dispenser une prise en charge adaptée.

Par ailleurs, la logique en silos, qui consiste à gérer de manière cloisonnée l'offre d'aide à domicile et d'hébergement de longue durée, complique la mise en place d'un maillage intégré de prises en charge intermédiaires répondant de manière efficace aux multiples besoins.

Ainsi, bien que les centres d'accueil de jour et les maisons d'accueil communautaires offrent des services en apparence similaires auprès d'un même public cible (personnes âgées autonomes et dépendantes), ils relèvent de deux logiques distinctes : les centres d'accueil sont une émanation des maisons de repos (et de soins) et sont encadrés et subventionnés, alors que les maisons d'accueil communautaires sont apparentées au secteur de l'aide à domicile et fonctionnent en dehors de tout cadre régional. Ces deux dimensions d'une même offre ne sont pas appréhendées dans leur ensemble, ce qui constitue un frein à la mise en place d'une programmation efficace et efficiente.

¹²² Ainsi, le premier protocole d'accord du 9 juin 1997 conclu entre l'État fédéral et les entités fédérées soulignait : « Les services favorisant le maintien à domicile, tels l'accueil de jour ou l'accueil de nuit, le court séjour en maison de repos ou en maison de repos et de soins, doivent être développés davantage. Ces services ont pour but d'apporter à la personne âgée et à son entourage le soutien nécessaire à la réalisation du maintien à domicile. »

¹²³ Les personnes qui fréquentent un centre d'accueil de jour doivent y bénéficier « de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale ».

¹²⁴ La capacité maximale pour ce type de prise en charge est atteinte depuis 2013 et, au 1^{er} janvier 2018, des demandes d'accord de principe ont été introduites pour plus de 400 lits.

¹²⁵ La réglementation prévoit que les centres d'accueil de soirée (de 18 à 20 heures) et de nuit (de 20 à 8 heures) doivent accueillir des aînés autres que ceux accueillis dans les centres de jour (de 8 à 18 heures).

2.3.4 Accessibilité géographique de l'offre

2.3.4.1 Hébergement de longue durée

Principes

Les principes de programmation visent à ce que l'offre de lits, plafonnée à la capacité maximale, se répartisse « *de manière homogène* »¹²⁶ sur le territoire de la Région, c'est-à-dire proportionnellement à la population de plus de 75 ans de chaque arrondissement. Depuis le 1^{er} janvier 2019, l'arrêté adopté en mai 2019 par le gouvernement fixe l'âge de référence à 80 ans. Le dispositif mis en place est ainsi supposé résorber progressivement les déséquilibres éventuels en attribuant, en priorité, les lits disponibles dans les arrondissements les moins bien équipés par rapport au nombre de personnes âgées y résidant¹²⁷.

L'administration opère une programmation géographique de l'ensemble des lits d'hébergement (requalifiés ou non) et des seuls lits MRS.

Constats

Bien qu'il soit illusoire de maintenir une égalité stricte et constante entre la répartition géographique des aînés et l'offre de lits, le système peine à assurer le réajustement escompté, en particulier dans certains arrondissements¹²⁸.

En effet, si certains sont proches de l'équilibre au 1^{er} janvier 2018, d'autres présentent des écarts parfois importants, tant en valeurs absolues que relatives, comme Tournai (+818 lits, +38,4 %), Mouscron (+714 lits, +62,2 %), Mons (+269 lits, +8,1 %), Namur (-497 lits, -11,9 %) et Nivelles (-716 lits, -13,1 %)¹²⁹.

Ces écarts ont évolué de manière diverse sur les vingt dernières années. Dans certains arrondissements, l'évolution de la répartition territoriale a été favorable, car le manque ou le surplus de lits a eu tendance à se résorber au fil du temps pour, éventuellement, parvenir à l'équilibre¹³⁰. Dans d'autres, au contraire, le déséquilibre a tendance à persister, voire à s'aggraver¹³¹.

Ce constat d'une répartition géographique contrastée vaut également pour les seuls lits MRS. Si des arrondissements sont proches d'une offre équilibrée, d'autres connaissent des déséquilibres importants en nombres absolus et relatifs¹³².

L'efficacité limitée du dispositif dans le réajustement des déséquilibres s'explique par plusieurs facteurs cumulatifs, internes ou externes au système tel qu'explicité à

¹²⁶ Article 1.4.11 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie réglementaire.

¹²⁷ La méthode actuellement retenue consiste à comparer un coefficient régional à un coefficient calculé pour chaque arrondissement, et à attribuer les lits disponibles en commençant par l'arrondissement le plus en retard par rapport au coefficient [régional] et en allant vers l'arrondissement le mieux loti.

¹²⁸ Voir l'annexe 3 – *Écarts par arrondissement par rapport à une répartition proportionnelle des lits*.

¹²⁹ Actuellement 13 arrondissements sur 20 connaissent un déficit de lits par rapport à leur population de personnes âgées.

¹³⁰ Ath, Soignies, Charleroi, Thuin, Liège, Verviers, Waremme, Dinant et Philippeville.

¹³¹ Mons, Mouscron, Tournai, Namur et Nivelles sont les arrondissements où les déséquilibres sont les plus significatifs.

¹³² Nivelles, Mouscron, Mons, Tournai, Huy, etc. À l'exception de Soignies, Neufchâteau et Namur, les situations de déficit ou d'excédent sont comparables aux situations constatées pour l'ensemble des lits de la programmation.

l'annexe 4 (par exemple le nombre réduit de nouvelles places à attribuer, le libre-arbitre des gestionnaires dans leur choix de localisation, les fluctuations démographiques entre arrondissements, etc.).

En particulier, la Cour relève le mécanisme des cessions de lits, qui déroge aux règles générales de distribution¹³³. En effet, au motif que des modalités particulières peuvent être fixées pour la protection des résidents, un établissement est autorisé à céder des lits en fonctionnement à un autre établissement dans le cadre d'une convention liant les deux parties et sous le couvert d'une demande d'accord de principe¹³⁴. Dans le cas de ces lits généralement cédés à titre commercial, la redistribution ne s'opère donc pas prioritairement au bénéfice de l'arrondissement le moins bien desservi, ce qui réduit la marge de rééquilibrage¹³⁵.

De plus, le nombre de places concernées par les conventions de cession est élevé par rapport à celles qui sont redistribuées en tenant compte des règles générales d'attribution. Ainsi, de 2016 à 2018, 559 lits ont été transférés selon ces modalités¹³⁶.

La nouvelle disposition dérogatoire adoptée en mai 2016, qui permet à chaque gestionnaire de transférer ses places en accord de principe d'un arrondissement à un autre même si le second n'est pas plus déficitaire que le premier, risque de contrevenir encore davantage à l'équilibre recherché¹³⁷.

Pertinence des normes de programmation géographique actuelles

Si une répartition des lits entre arrondissements, en proportion de la population âgée y résidant, constitue un critère objectif de répartition de l'offre, la Cour estime cependant qu'il n'est pas suffisant pour apprécier l'accessibilité géographique des services.

En effet, une personne âgée ne préfère pas toujours un établissement proche de son ancien lieu de résidence¹³⁸. Plus globalement, la demande d'hébergement au sein d'un arrondissement peut faire intervenir d'autres facteurs, comme l'offre de services d'aide à domicile disponible, ou son attractivité¹³⁹, ce qui peut engendrer des mouvements entre arrondissements. Ces différents éléments biaisent l'équilibre que le système est supposé apporter.

¹³³ Outre les quelques dérogations à la procédure normale autorisées car dépourvues d'effet sur la programmation (répartition géographique et sectorielle).

¹³⁴ Article 348, § 2, du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable : « *Des modalités particulières visant la protection des résidents peuvent être fixées lorsque la demande d'accord de principe est accompagnée d'une convention de cession de lits ou de places d'accueil pour lesquels un titre de fonctionnement a été octroyé.* »

¹³⁵ L'administration indique néanmoins qu'elle n'autorise les cessions de lits qu'au sein d'arrondissements déficients. Ce principe semble toutefois avoir connu au moins une exception.

¹³⁶ Dont 466 lits MR, 65 lits MRS et 28 lits de court séjour.

¹³⁷ Article 1.422, § 3, du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé tel que modifié par l'arrêté du gouvernement wallon du 16 mai 2019.

¹³⁸ Un changement d'arrondissement peut être souhaité en vue, par exemple, d'un rapprochement familial.

¹³⁹ La note au gouvernement wallon du 21 juin 2018 indique : « *Certains établissements sont situés à la frontière de trois arrondissements, mais ne sont pris en compte que pour l'un d'entre eux. Il est parfois plus difficile de trouver un hébergement dans un arrondissement pourtant qualifié d'excédentaire. Cette répartition part aussi du principe que les personnes âgées souhaiteraient toujours être hébergées dans l'arrondissement où elles ont vécu, ce qui n'est pas toujours le cas. Une entrée en maison de repos ou MRS est parfois le moment choisi pour se rapprocher du lieu de vie d'une partie de sa famille.* »

La situation des arrondissements frontaliers illustre ce problème. En effet, ils disposent d'un nombre de lits qui, au regard du critère retenu (population de plus de 75 ans), est systématiquement excédentaire. Les établissements qui y sont implantés ne peuvent donc accroître leur offre de places. Or, ce « surplus » de lits constaté s'explique en grande partie par l'attractivité de ces arrondissements aux yeux des ressortissants étrangers, principalement français, qui franchissent la frontière pour intégrer des établissements wallons.

L'arrondissement administratif ne constitue donc pas nécessairement l'échelle la plus pertinente pour réaliser une répartition géographique homogène des lits. Cette échelle géographique est d'ailleurs remise en question par les acteurs du système¹⁴⁰.

Pour pallier les difficultés rencontrées dans certaines zones, le décret du 13 février 2019 instaure une « certaine perméabilité entre les arrondissements contigus ». La répartition géographique pourra donc être adaptée pour chaque arrondissement en créant des vases communicants à raison de plus ou de moins 20 % par rapport aux arrondissements contigus.

Outre les difficultés de mise en œuvre pratique, la Cour des comptes estime que cette mesure n'apporte pas de réponse structurelle et suffisamment cohérente à la répartition géographique des lits.

Faute de pouvoir connaître, maîtriser et anticiper tous les déterminants d'une localisation optimale de l'offre de services, la Cour formule néanmoins les recommandations suivantes :

- adapter le système actuel en assurant une répartition de l'offre basée non plus sur les arrondissements, mais sur des zones territoriales plus pertinentes, par exemple les bassins de vie¹⁴¹ ;
- prévoir une répartition des lits qui tienne compte de l'évolution future du nombre d'ânés, laquelle peut varier d'une zone à l'autre. La localisation des milliers de nouvelles places prévues à l'horizon 2030 devra en effet tenir compte de ces disparités pour maintenir un équilibre à moyen terme¹⁴² ;
- orienter l'ouverture des places dans les zones déficitaires en recourant aux appels à projets (sans se limiter aux demandes déposées d'initiative en flux continu) ;
- encadrer davantage les procédures de cessions de lits ;

¹⁴⁰ La note au gouvernement wallon du 21 juin 2018 mentionne : « La couverture du territoire doit être garantie. Elle est inscrite dans les textes aujourd'hui au travers d'une répartition territoriale. Elle est basée sur les arrondissements, le nombre de personnes âgées et le nombre de places ouvertes dans cet espace. Cette notion ne correspond plus à la réalité et pose des difficultés comme le soulève le Conseil wallon des ânés. » Selon cette même note, « il serait nécessaire dans l'avenir de tenir compte, dans les arrondissements transfrontaliers, du bassin de vie réel de ceux-ci. »

¹⁴¹ Les bassins de vie sont des regroupements de communes dont les habitants partagent globalement les mêmes comportements spatiaux en matière de recours aux services, de culture, d'emplois, etc.

¹⁴² L'exemple suivant montre la nécessité d'anticiper les évolutions démographiques : alors qu'entre 2008 et 2017, le nombre de personnes de plus de 75 ans a augmenté de 2,6 % à l'échelle régionale, cette même variable a connu une croissance de 15,9 % à Nivelles et une diminution de 6,9 % à Mons. Dans l'arrondissement de Nivelles, le nombre de lits n'a guère évolué entre 1999 et 2018, passant de 4.654 à 4.770, alors que le nombre de personnes âgées y a, par contre, considérablement augmenté, aggravant ainsi le déficit de lits.

- obtenir des informations plus pertinentes pour évaluer l'accessibilité géographique de l'offre de services, d'une part, en exploitant davantage les données sur la répartition effective de la demande (par exemple listes d'attente, taux d'occupation des lits, etc.) et, d'autre part, en menant des enquêtes auprès des bénéficiaires actuels¹⁴³.

2.3.4.2 Aide à domicile

La réglementation ne prévoit pas de mécanisme d'équilibrage territorial des Services d'aide aux familles et aux aînés (ci-après dénommés "Safa"). Leur implantation actuelle est le fruit d'initiatives particulières d'opérateurs qui ont obtenu un agrément.

Le Cwass postule néanmoins que la localisation des Safa doit se baser sur les besoins puisque la demande d'agrément doit inclure une description des services existants et des besoins non satisfaits dans les communes à desservir. La procédure d'agrément individuelle durant laquelle l'évaluation des besoins se base sur la seule commune n'est cependant pas de nature à assurer une répartition équilibrée des services sur le territoire régional.

En outre, le décret ne prévoit aucun critère permettant d'évaluer objectivement la pertinence de la demande d'agrément sur le territoire envisagé, ni, le cas échéant, de prioriser qualitativement des demandes concomitantes. Pour pallier ces lacunes, l'administration a mis en place une méthode d'analyse comparative dès 2017. Elle repose sur la cotation de critères qualitatifs et quantitatifs, y compris la prise en compte de l'offre déjà desservie et des besoins déjà satisfaits dans les zones pour lesquelles des demandes d'agrément ont été déposées.

En 2018, la sélection des trois nouveaux Safa a été opérée sur cette base. La Cour des comptes relève que cette bonne pratique permet d'objectiver les choix effectués. Toutefois, la méthode et les résultats obtenus ne sont pas communiqués aux candidats. Ces critères d'évaluation et de priorisation devraient donc être transcrits dans la réglementation.

La répartition du contingent d'heures subventionnées entre les services existants est, quant à elle, indépendante de toute considération géographique¹⁴⁴. Elle se base essentiellement sur les activités prestées les années précédentes et s'avère relativement figée puisque, d'une année à l'autre, elle ne s'adapte qu'à la marge¹⁴⁵ et sans tenir compte de la demande réellement exprimée.

¹⁴³ Il conviendrait de déterminer, d'une part, s'il existe des déséquilibres notables entre l'offre et la totalité de la demande dans certaines zones et, d'autre part, les facteurs à l'origine de ces déséquilibres (par exemple le prix plus ou moins attractif de l'offre, le sous-développement de l'offre de prise en charge, etc.).

¹⁴⁴ Le décret prévoit que cette répartition tienne compte du nombre et de l'âge des habitants des communes desservies par le service. Toutefois, l'arrêté n'opérationnalise pas le critère relatif à l'âge, qui n'est donc pas pris en compte. Quant au nombre d'habitants par commune, l'arrêté prévoit qu'il n'ait d'effet que sur une partie restreinte du nombre d'heures du contingent.

¹⁴⁵ Le contingent attribué à un service est égal au contingent attribué au service l'année précédente à la condition qu'il ait utilisé entre 97 et 100 % de la moyenne des contingents qui lui ont été attribués les deux dernières années (service de catégorie B). Des adaptations sont prévues, à la marge, en cas de sous-consommation (service de catégorie C) ou de dépassement du contingent (service de catégorie A). Ces heures récupérées et redistribuées n'assurent cependant que peu de flexibilité au système. En 2017, elles se chiffraient à 13.225 heures, soit 0,2 % du total du contingent de 6.111.913 heures.

En pratique, la répartition des bénéficiaires et des heures de prestations des Safa dans les zones SISD¹⁴⁶ s'approche, dans la plupart des cas, de la répartition de la population âgée de 65 ans et plus. Comme pour les maisons de repos, certaines zones présentent néanmoins des déséquilibres plus ou moins marqués¹⁴⁷.

Ces constats doivent néanmoins être nuancés, car les données disponibles ne permettent pas d'isoler spécifiquement les bénéficiaires âgés¹⁴⁸. De même, l'absence de données sur la demande en attente ne permet pas d'avoir une vision suffisamment détaillée de la situation dans la mesure où certaines zones pourraient abriter des besoins plus criants qui ne sont pas satisfaits.

La procédure actuelle de répartition de l'offre ne comporte pas de levier pour assurer des rééquilibrages en fonction de la demande réelle. Par ailleurs, la résorption d'un déséquilibre par la mise en place d'un nouveau service est toujours tributaire des moyens budgétaires et de la volonté d'un opérateur de desservir la zone concernée. Ces éléments devront être pris en considération dans le cadre de toute réflexion visant le développement des services à domicile.

Afin d'assurer l'accessibilité géographique des services, la Cour énonce les recommandations suivantes :

- poursuivre une démarche réfléchie sur la localisation et la zone de desserte des nouveaux Safa, en garantissant la transparence de la procédure ;
- mettre en place un système d'information permettant de déterminer la demande non satisfaite et, en particulier, sa localisation ;
- privilégier le recours aux appels à projets (plutôt que l'introduction continue de dossiers de demandes d'agrément) pour garantir une démarche de sélection comparative et cohérente pour l'ensemble du territoire.

2.3.4.3 Formes intermédiaires de prise en charge

Des règles de programmation géographique s'appliquent aux formes intermédiaires pour lesquelles l'assurance soins de santé intervient, soit les lits de court séjour et les places de centres de soins de jour.

La Cour des comptes observe que pour ces deux types de prises en charge, les règles de programmation géographique ne sont pas respectées.

Ainsi, vu le nombre limité de places de centres de soins de jour, la quasi-totalité des arrondissements (18 sur 20) ne respectent pas la norme de programmation de 3 places pour 1.000 habitants de 75 ans et plus y résidant. En outre, 7 arrondissements n'offrent aucune place de centre de soins de jour¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Les zones SISD sont des subdivisions territoriales délimitant les zones de soins des services intégrés de soins à domicile. Elles recouvrent généralement plusieurs arrondissements administratifs.

¹⁴⁷ C'est le cas notamment de la zone Namur-Gembloux et de la zone Wavre-Nivelles, qui accusent un léger déficit en termes d'heures prestées et de bénéficiaires touchés. La zone Bastogne-Marche-Neufchâteau-Vielsalm présente une proportion plus élevée de bénéficiaires et d'heures prestées.

¹⁴⁸ Pour rappel, les données incluent l'ensemble du public cible, notamment les familles en difficultés.

¹⁴⁹ Ath, Neufchâteau, Mouscron, Arlon, Bastogne, Virton et Philippeville.

Quant à l'offre de lits de court séjour, elle n'est pas répartie de manière suffisamment équilibrée entre les arrondissements¹⁵⁰.

Pour rappel, les résidences-services et les places de centre d'accueil de jour ne sont pas soumises aux règles de programmation géographique¹⁵¹.

2.3.5 Accessibilité financière de l'offre

2.3.5.1 Hébergement de longue durée

La compétence en matière de politique des prix dans les établissements pour personnes âgées a été transférée aux entités fédérées lors de la sixième réforme de l'État¹⁵².

Si la politique d'aide à domicile prévoit des tarifs fixes différenciés selon les revenus et une orientation prioritaire de l'aide vers les plus défavorisés, la réglementation relative à l'hébergement des personnes âgées instaure, quant à elle, un mécanisme régulateur encadrant la hausse des prix.

Régulation de la hausse des prix : système général

Dans le système général¹⁵³, le prix d'hébergement journalier¹⁵⁴ initial est fixé librement par les opérateurs alors que les hausses de prix sont encadrées réglementairement : d'une part, le prix peut être adapté selon l'indice des prix à la consommation sur simple notification auprès de l'administration et, d'autre part, des demandes de majoration du prix peuvent être soumises à décision ministérielle sur la base d'un dossier justificatif et à la condition qu'elles ne dépassent pas 5 % au-delà de l'indexation sur une année civile.

La Cour des comptes remarque que, depuis 2016, toutes ces demandes, à l'exception d'une seule¹⁵⁵, ont été acceptées sans faire l'objet d'une analyse ou d'un contrôle spécifique¹⁵⁶.

Le dispositif garantit donc un plafonnement des hausses de prix mais, en l'absence de véritable contrôle, il n'en assure pas la maîtrise, d'autant que les prix initiaux ne font l'objet d'aucun encadrement (en ce compris l'ancienne offre de services ayant fait l'objet de

¹⁵⁰ Des règles de programmation identiques à celles des lits MR sont d'application pour les lits de court séjour. Les écarts par rapport à une répartition équilibrée des lits oscillent entre -31,90 % et +132,9 %.

¹⁵¹ Au 1^{er} janvier 2018, les arrondissements les mieux lotis en résidences-services sont Marche-en-Famenne (28 logements par 1000 habitants de 75 ans et plus), Mouscron et Tournai (20 logements), tandis que les moins bien lotis sont Ath (2 logements), Dinant et Verviers (5 logements). À noter que deux arrondissements (Ath et Philippeville) n'offrent aucune place d'accueil de jour.

¹⁵² En 2015, cette compétence était dévolue à la DGO5 ; depuis le 1^{er} janvier 2016, elle est exercée par l'Aviq.

¹⁵³ Ce système est d'application pour tous les établissements à l'exclusion des opérateurs qui opteront pour le nouveau système de financement de l'infrastructure entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, lequel impliquera un conventionnement des prix. Ce nouveau système n'est pas encore opérationnel ; seul le système général est, pour l'heure, d'application.

¹⁵⁴ Prix qui doit être payé par jour par le résident ou son représentant, lequel est cumulé avec un ensemble de frais considérés comme faisant partie des tâches normales de l'établissement.

¹⁵⁵ Dans le cas spécifié, la demande n'a pas été rejetée mais la hausse des prix demandée a été fractionnée sur deux périodes distinctes.

¹⁵⁶ L'analyse de ces demandes n'est pas documentée et les dossiers ne présentent généralement pas d'élément autre que la justification formelle communiquée par l'opérateur pour étayer la décision adoptée. En la matière, l'administration reconnaît d'ailleurs qu'elle n'exerce que peu ou pas d'autre forme d'analyse ou de contrôle. Elle déclare se référer à la jurisprudence administrative mise en œuvre au niveau fédéral.

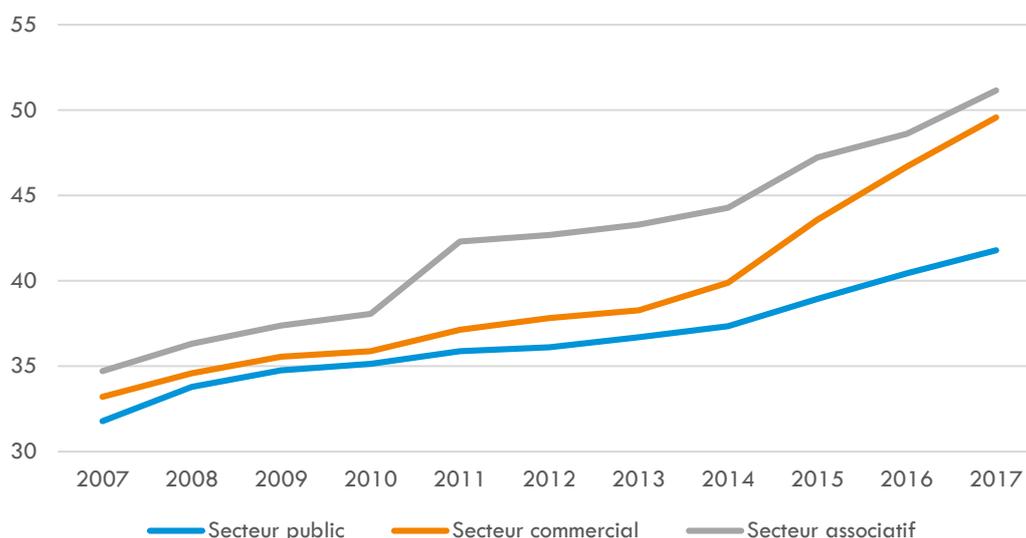
transformation¹⁵⁷). Pour les dossiers sollicitant une augmentation dans la limite des 5 % au-delà de l'indexation, la Cour recommande, conformément à l'esprit de la réglementation, d'assurer une évaluation des demandes en fonction de paramètres économiques justifiant objectivement les hausses de prix.

Évolution des prix sur les dix dernières années

Le prix d'hébergement journalier couvre, au minimum, les services énumérés dans la réglementation¹⁵⁸. Des suppléments peuvent être mis à la charge du résident s'ils sont préalablement déterminés et qu'une facturation transparente est assurée.

Dans le cadre réglementaire précité, les prix d'hébergement en maisons de repos (hors suppléments) ont connu une évolution significative sur la période 2007-2017¹⁵⁹.

Figure 2 – Évolution des prix journaliers moyens (en euros) selon les secteurs



Source : données Aviq traitées par la Cour des comptes

Les prix moyens pratiqués ont connu une hausse de 23 à 71 % selon le secteur et l'arrondissement considérés. C'est dans le secteur public que les hausses sont les plus modérées (de 23 à 37 %), tandis qu'elles dépassent parfois les 50 % dans les secteurs commercial et associatif (arrondissement du Brabant wallon).

Dans les secteurs public et commercial, l'augmentation est globalement comparable à celle de l'inflation jusqu'en 2014 ; un décrochage à la hausse s'opère néanmoins depuis lors. Le prix journalier d'hébergement ne recouvre pas nécessairement les mêmes services selon la période ou les établissements considérés, la comparaison peut donc être quelque peu biaisée. Ainsi, la hausse des prix constatée peut s'expliquer par l'intégration de suppléments

¹⁵⁷ Par exemple le prix d'une chambre ayant fait l'objet de travaux de transformation qui lui confèrent un caractère « nouveau ».

¹⁵⁸ Comme l'usage de la chambre et des parties communes, le chauffage, les taxes locales, etc.

¹⁵⁹ Pour l'ensemble des prix mentionnés dans ce point, la Cour s'est basée sur les données transmises par l'administration, à savoir des moyennes calculées à partir de son cadastre des prix.

dans le cadre de la politique de prix journaliers « tout compris » adoptée par certains opérateurs, mais il n'est pas possible de déterminer l'impact exact de ce phénomène¹⁶⁰. Dans le secteur associatif, l'évolution des prix affiche clairement un rythme plus rapide que celui de l'inflation sur l'ensemble de la période considérée¹⁶¹.

L'évolution des prix, en particulier dans certains secteurs et arrondissements, comparée à l'évolution moins prononcée du niveau des pensions, tend néanmoins à confirmer que l'accessibilité financière des places en maisons de repos s'est globalement restreinte ces dernières années.

Nouveau mécanisme de régulation : les prix conventionnés

Le décret du 13 février 2019 entérine un nouveau mécanisme de régulation des prix pour les établissements d'accueil et d'hébergement qui s'inscriront dans le nouveau système de financement des infrastructures¹⁶² : pour bénéficier d'un financement public, ils devront désormais souscrire à une convention fixant des grilles tarifaires relatives aux prix maxima à facturer aux résidents¹⁶³.

Ce système de régulation des prix s'inscrit dans une volonté de l'autorité publique d'assurer une « meilleure accessibilité financière en faveur des résidents dans un principe d'intérêt général »¹⁶⁴. Cette ambition d'assurer l'accessibilité financière des structures d'accueil est d'ailleurs réitérée dans la déclaration de politique générale 2019-2024¹⁶⁵.

Quelles que soient les conséquences à venir du nouveau système, la Cour signale qu'il ne sera pas possible de déterminer dans quelle mesure l'accessibilité financière des services est assurée tant qu'il n'existe pas d'information analytique probante sur la capacité des bénéficiaires potentiels à pouvoir accéder aux structures d'hébergement compte tenu des prix en vigueur.

Aide à domicile

La législation encadre explicitement l'accessibilité financière des services en précisant que les aides doivent être accordées en priorité « à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les moins favorisés sur le plan financier ».

¹⁶⁰ Compte tenu de la diversité et du nombre de suppléments à répertorier, l'administration ne tient pas de cadastre des suppléments. L'administration a toutefois indiqué que les nombreuses demandes d'augmentation des prix introduites en 2015 et 2016 étaient en grande partie justifiées par la volonté concordante de plusieurs opérateurs de pratiquer un prix d'hébergement « tout compris », c'est-à-dire exempt de toute facturation de suppléments.

¹⁶¹ Voir les figures à l'annexe 5 – *Évolution des prix d'hébergement en maison de repos (et de soins), par secteur*.

¹⁶² Pour les autres institutions, le système général continue à s'appliquer intégralement.

¹⁶³ Convention négociée entre les fédérations représentatives du secteur et les organismes assureurs dans le cadre de la commission de convention Accueil et Hébergement des personnes âgées instituée au sein de l'Aviq. Les prix maxima portent sur les prix de base et les suppléments facturables aux résidents.

¹⁶⁴ L'exposé des motifs du décret précité mentionne en outre que le but est de « favoriser l'égalité d'accès aux interventions des pouvoirs publics et garantir l'accessibilité à des établissements de qualité pour un prix limité et contrôlé ».

¹⁶⁵ La déclaration de politique régionale 2019-2024 prévoit notamment : « 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. » Par ailleurs, « la programmation pour la période 2021 à 2031 selon le nouveau décret de réforme du financement sera revue [...] 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. »

La participation versée par les bénéficiaires est calculée en fonction de leurs revenus et de leur situation familiale. Conformément aux barèmes définis par la réglementation, cette contribution horaire varie entre 0,87 et 7,81 euros.

Comme pour le principe de priorisation en fonction des besoins abordé au point 2.3.4 *Accessibilité géographique de l'offre*, la Cour constate cependant qu'aucune assurance ne peut être donnée sur le fait que les bénéficiaires les plus précarisés obtiennent une aide prioritaire.

En outre, à défaut d'indexation des barèmes et compte tenu de l'évolution des prix et des revenus, la proportion de la population qui peut bénéficier d'un tarif préférentiel s'est réduite au fil des ans¹⁶⁶. Sur l'année 2017, près de 44 % des bénéficiaires ont payé la contribution horaire maximale de 7,81 euros (correspondant à 47 % des heures prestées). Une révision des barèmes est en outre en projet.

Même si les balises réglementaires en faveur de l'accessibilité financière présentent certaines faiblesses, le coût de l'aide familiale est nettement moins élevé que le coût d'un placement en maison de repos pour un bénéficiaire peu ou non dépendant¹⁶⁷. Pour des niveaux de dépendance plus élevés, un raisonnement analogue ne peut être tenu puisqu'un plus grand volume d'heures est nécessaire et que les coûts additionnels des services de soins doivent aussi être pris en compte. Une analyse au cas par cas est donc nécessaire.

2.3.6 Conclusions

La Cour des comptes observe que les caractéristiques des personnes âgées actuellement prises en charge en Région wallonne sont insuffisamment connues. Le nombre d'aînés bénéficiaires de la politique publique et le niveau du besoin de prise en charge, en particulier le niveau de dépendance, ne peuvent entre autres être déterminés avec précision.

De même, l'ampleur de la demande insatisfaite ne peut être mesurée et ses caractéristiques restent largement méconnues. Plusieurs indices concordants¹⁶⁸ confirment néanmoins que l'offre actuellement déployée n'est pas suffisante pour répondre aux besoins de prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne. En hébergement de longue durée, le nombre de places disponibles s'est, durant les vingt dernières années, restreint en proportion de la population âgée. L'ouverture de la totalité des lits du moratoire (49.679), en ce compris les lits du plan « *papy boom* », ne suffira pas à rétablir ces ratios.

Globalement, les besoins des aînés restent insuffisamment objectivés, en ce inclus ceux qui ne sont pas directement liés à une perte d'autonomie physique ou psychique mais relèvent plutôt de l'isolement social, de la nécessité d'occuper un lieu de vie mieux adapté, etc. À défaut d'une telle objectivation de ces besoins, il n'est pas possible d'en mesurer l'ampleur

¹⁶⁶ Par exemple, un couple avec un enfant à charge paie cette part maximale lorsque ses revenus nets dépassent 2.131 euros par mois.

¹⁶⁷ Le coût moyen de l'aide familiale oscille entre 9 et 84 euros par mois pour une moyenne de 10,75 heures d'intervention. Il convient cependant de nuancer la comparaison avec le coût des MR et MRS car le service n'y est évidemment pas similaire.

¹⁶⁸ Listes d'attentes en maison de repos, demandes de services d'aide à domicile non satisfaites, taux d'occupation élevés des lits MR et MRS, etc.

ni de s'assurer que la réponse actuellement apportée par les pouvoirs publics est efficace et efficiente.

Cette méconnaissance des besoins à satisfaire résulte des lacunes du système d'information mis en place, depuis la collecte des données utiles et leur transmission à l'administration, jusqu'à leur exploitation dans le cadre du pilotage de la politique.

En outre, la Cour remarque que le système actuel, tel qu'il est conçu, engendre un risque significatif que la prise en charge des personnes dépendantes ne soit pas adaptée à leur niveau de dépendance, voire qu'aucune prise en charge n'ait lieu.

En matière d'hébergement, la Cour relève le paradoxe qui consiste, d'une part, à créer deux types d'établissements et de lits en liaison avec les niveaux de dépendance des résidents¹⁶⁹ et, d'autre part, à promouvoir la mixité¹⁷⁰ en leur sein, et, de manière générale, à permettre que les résidents, quel que soit leur niveau de dépendance, puissent être admis au sein des deux catégories d'établissements et occuper les deux types de lits¹⁷¹. Dans ce système, les personnes dépendantes résidant en MR risquent de bénéficier, durablement, d'un encadrement de moindre qualité que ceux résidant dans une MRS. Les normes¹⁷² en MR sont en effet moins élevées qu'en MRS.

La pertinence du maintien de ces deux types d'établissement mérite donc d'être analysée, d'autant que les structures MR n'offrent plus que 16 % de l'ensemble des lits en service actuellement¹⁷³ et que la moitié d'entre elles hébergent un nombre suffisamment élevé de personnes dépendantes pour introduire une demande de requalification de leurs lits.

De plus, même si durant les vingt dernières années, les moyens budgétaires complémentaires ont été prioritairement affectés à la prise en charge des personnes dépendantes, par la requalification de lits MR en lits MRS, la Cour constate que le nombre de lits MRS disponibles, limité à 21.457 jusqu'en 2019, est insuffisant. Ce déficit oblige donc les institutions à admettre des personnes dépendantes sur des lits MR, moins financés.

Le défaut d'alignement systématique et proportionnel du financement des lits sur le niveau de dépendance réel des résidents qui les occupent peut peser sur la qualité des services prestés. Il pourrait également expliquer une partie de l'augmentation des prix constatée dès lors qu'il inciterait certains établissements à pratiquer des prix d'hébergement plus élevés pour offrir des services adaptés aux besoins des résidents.

En ce qui concerne l'aide à domicile, la réglementation pose explicitement le principe d'une priorisation de l'aide pour ceux qui en ont le plus besoin. La mise en œuvre de ce principe reste cependant particulièrement floue, à défaut de précisions pratiques sur le moyen d'objectiver ces besoins, notamment en l'absence d'une échelle reconnue d'évaluation du niveau de dépendance physique et psychique des bénéficiaires. En outre, l'évaluation

¹⁶⁹ Les normes architecturales et d'organisation sont plus strictes en MRS, les lits MRS ne sont accessibles qu'aux MRS, etc.

¹⁷⁰ Ainsi, les MRS ne peuvent offrir que maximum 90 % de lits MRS.

¹⁷¹ À l'exception des résidents non ou peu dépendants dont l'occupation d'un lit MRS n'est pas financée.

¹⁷² De financement, d'organisation, architecturales, etc.

¹⁷³ Le nombre existant d'établissements MR peut de plus se réduire du fait de la requalification des lits MR en lits MRS.

des autres besoins pris en charge par les Safa, en particulier ceux liés à la dépendance sociale¹⁷⁴, ne repose sur aucun référentiel. Par ailleurs, l'arbitrage dans la prise en charge de ces différents besoins n'est pas spécifié.

Si le système actuel ne peut donc garantir qu'une aide adéquate soit dispensée aux personnes les plus dépendantes physiquement ou psychiquement, une proportion non négligeable de personnes non dépendantes sont prises en charge, au domicile ou en maison de repos. En matière d'hébergement, des personnes dépendantes, voire très dépendantes, restent actuellement en attente d'une place, alors que les personnes non dépendantes résidant en MR ou MRS pourraient bénéficier d'autres types de services répondant à leurs besoins, vraisemblablement à un coût moindre pour la collectivité. De même, en aide à domicile, les services effectués pourraient aussi s'avérer insuffisants au regard des besoins des personnes dépendantes, alors que, dans le même temps, les Safa prennent également en charge, conformément à leurs missions, des besoins qui ne relèvent pas directement d'une situation de perte d'autonomie physique ou psychique¹⁷⁵.

Alors que les budgets alloués à cette politique ne permettent pas de couvrir totalement les besoins à satisfaire, aucune priorité n'est fixée ni au niveau des bénéficiaires, ni dans le type ou le volume des services qui leur sont prestés. Avec le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins, l'absence de ciblage de la politique risque de peser d'autant plus sur certaines catégories de bénéficiaires, en particulier les plus dépendants.

L'enjeu fondamental de cette réflexion est donc de clarifier l'objectif poursuivi par la politique tant d'hébergement que d'aide à domicile. Pour ce faire, il convient d'identifier et d'objectiver les différents types de besoins actuellement couverts et non couverts. Ensuite, il faudrait déterminer, sur cette base, à qui l'aide subventionnée doit être apportée de manière plus ciblée, voire prioritaire, et ce compte tenu des moyens budgétaires y affectés.

Quant à l'accessibilité géographique, l'offre actuelle de services d'aide à domicile et d'hébergement se répartit entre les arrondissements de manière proportionnelle au nombre de personnes âgées y résidant. Néanmoins, des déséquilibres plus ou moins marqués existent dans certaines zones.

Cependant, le seul critère de la répartition territoriale de la population âgée ne permet pas, à lui seul, d'objectiver l'accessibilité des services. Des données complémentaires, pour l'heure indisponibles, devraient être collectées, via des enquêtes par exemple, pour apprécier au mieux le caractère accessible de l'offre. Le système de répartition devrait également se baser sur un découpage territorial plus cohérent que l'arrondissement et anticiper les mouvements démographiques futurs.

En matière d'accessibilité financière, la réglementation pose différentes balises telles que le principe d'une tarification progressive pour l'aide à domicile et le plafonnement de la hausse des prix dans les établissements d'hébergement.

¹⁷⁴ Aide aux personnes isolées, aux familles, etc.

¹⁷⁵ Isolement social des personnes âgées, etc.

Il reste néanmoins difficile d'apprécier le niveau d'accessibilité financière des services sans prendre en compte d'autres paramètres liés à la demande comme le volume d'heures nécessaire pour la prise en charge au domicile des plus dépendants, ou encore, de manière plus générale, les capacités économiques des bénéficiaires potentiels¹⁷⁶. Des analyses spécifiques devraient être menées en la matière.

Pour les établissements d'hébergement, l'évolution des prix constatée entre 2007 et 2017, en particulier dans certains secteurs et arrondissements, semble indiquer que l'accessibilité financière des places en maisons de repos s'est restreinte ces dernières années. Le peu de contrôle des demandes de majoration de prix (au-delà de l'inflation) ne contribue pas à contenir cette tendance. La hausse des prix doit aussi être mise en relation avec la diminution progressive de l'offre, proportionnellement au nombre de personnes âgées, ou l'insuffisance du nombre de lits MRS. L'accessibilité financière, à laquelle le gouvernement s'est engagé dans la nouvelle déclaration de politique régionale, est donc un élément à prendre en considération dans la réflexion prospective à mener sur le nombre de places à ouvrir dans le futur. L'effet du conventionnement de prix pour les opérateurs qui s'inscriront dans le nouveau système de financement en infrastructures ne peut, quant à lui, être estimé à l'heure actuelle.

Enfin, la Cour relève que, tout en visant à assurer la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, l'aide à domicile et l'hébergement de longue durée sont deux politiques menées de manière indépendante et cloisonnée, ce qui n'assure pas la cohérence globale du système. Par exemple, la dépendance n'est pas mesurée de la même manière, la répartition géographique des services ne fait pas l'objet d'une réflexion commune et la tarification procède de mécanismes différents prenant en compte, ou non, le niveau de revenus.

L'absence de stratégie intégrée a pour corollaire un risque non négligeable de sous-exploitation des formes intermédiaires de prise en charge (court séjour, accueil de jour, etc.), lesquelles se situent précisément à la charnière de l'aide à domicile et de l'hébergement de longue durée, et dont l'objectif est de prolonger le maintien au domicile des personnes âgées. Ainsi, la réponse à un problème d'isolement social ne passe pas nécessairement par un hébergement en maison de repos (et de soins), ni nécessairement par une aide individuelle constante au domicile de chaque demandeur, mais aussi, précisément, par la fréquentation de milieux collectifs d'accueil à la journée (forme intermédiaire), tels que les centres d'accueil de jour ou les centres d'accueil communautaires, pour autant que ces solutions soient rendues accessibles géographiquement et financièrement. De même, le besoin d'une personne encore valide d'occuper un lieu de vie mieux adapté à son âge peut être satisfait par une admission en maison de repos (et de soins) comme par un hébergement en résidence-services. En fonction des subventions accordées à ces deux types d'opérateur, qui influenceront nécessairement le déploiement d'une offre ainsi que les prix d'hébergement pratiqués, la personne non dépendante pourrait être incitée à s'orienter vers l'une ou l'autre de ces solutions.

Or, selon les constatations de la Cour, les besoins couverts par ces formes intermédiaires de prise en charge ne sont pas suffisamment connus ; les objectifs poursuivis manquent de

¹⁷⁶ Évolution du niveau des pensions, aides complémentaires (CPAS, etc.), patrimoine privé, etc.

clarté ; l'offre semble insuffisante pour certaines formes et peu développée pour d'autres, sans que les raisons de leur essor ou de leur insuccès ne soient suffisamment analysées ; et l'offre de ces différents dispositifs n'est pas articulée.

En définitive, la place de chacune de ces formes intermédiaires dans l'éventail de l'offre de prise en charge ne semble pas suffisamment réfléchi, pas plus que la manière avec laquelle leur déploiement peut influencer la demande d'hébergement de longue durée ou celle de services d'aide à domicile et avoir, in fine, un effet sur le coût global de la politique, compte tenu du coût respectif des différentes formes de prise en charge.

Lors du débat contradictoire, la ministre a fait part de sa volonté d'assurer une meilleure connaissance des besoins des personnes âgées et des activités des secteurs. Elle souhaite, dans cette perspective, développer un système de collecte et de traitement des données en se basant sur les rapports simplifiés harmonisés (Rash) et sur la poursuite du développement de la plateforme Plasma mise en place par l'Aviq. Une analyse de faisabilité sera réalisée dans le cadre de cette plateforme pour assurer une collecte d'information sur le volume de la demande non satisfaite et les délais d'accès aux services.

Concernant plus spécifiquement l'aide à domicile, la ministre rejoint les constats de manquement du système d'information et se rallie aux recommandations de la Cour des comptes de disposer d'informations exhaustives relatives aux bénéficiaires des Safa. Un soutien au développement informatique de ces services sera d'ailleurs assuré, notamment par l'octroi d'un forfait de 5.000 euros par service ambulatoire pour l'achat de matériel informatique. Un groupe de travail avec les fédérations est par ailleurs programmé en vue de la mise en place d'un plan d'actions en matière informatique. Des discussions ont également été entamées avec l'Aviq quant à diverses actions d'amélioration telles que l'élaboration d'un rapport d'activités simplifié harmonisé (Rash) ou encore le principe d'une priorisation de l'aide. Ce principe nécessite la numérisation des données des opérateurs pour en assurer l'application.

Des démarches seront par ailleurs entreprises, tel que recommandé par la Cour, pour mener une première étude sous cette législature ayant pour objectif de cibler les besoins et attentes des futurs bénéficiaires pour mieux orienter les choix politiques.

En outre, la réponse ministérielle s'est ralliée aux constats de l'insuffisance de l'offre actuelle par rapport à la demande, que ce soit en hébergement ou dans le cadre du contingent d'heures proposé en aide à domicile. Au sujet du constat d'un risque d'une prise en charge inadéquate en hébergement, la ministre mentionne qu'un groupe de travail relatif aux normes d'encadrement poursuivra ses analyses. Ce groupe œuvrera à une harmonisation des normes d'agrément et des normes de financement, tout en garantissant un encadrement en personnel en fonction uniquement du degré de dépendance de la personne, et ce indépendamment du type de lit. Pour soutenir la qualité de l'accompagnement des résidents en MRS, un budget récurrent de huit millions d'euros a par ailleurs été dégagé au budget initial 2021 pour augmenter et diversifier l'encadrement. Un médecin coordinateur et conseiller sera dorénavant financé au sein de chaque établissement MR et MRS. Une revalorisation des barèmes de ces médecins est par ailleurs prévue et inscrite au budget initial 2021.

Concernant l'accessibilité géographique, la ministre indique que les diverses recommandations de la Cour portant sur le secteur de l'hébergement seront étudiées au sein d'un groupe de travail. Pour l'aide à domicile, l'absence de réglementation relative à un équilibre territorial a déjà été évoqué avec l'administration. Un travail de modifications réglementaires a par ailleurs été discuté et programmé avec l'Aviq et les représentants du secteur. Les points abordés concernent la mise en place d'une programmation en fonction de la démographie d'un territoire, l'instauration de critères de sélection des dossiers, le fonctionnement par appel à projets ou encore l'établissement d'un seuil critique d'heures à atteindre sur une durée déterminée pour un service Safa.

En ce qui concerne l'accessibilité financière dans le secteur de l'hébergement, la ministre fait valoir que la question de l'équité financière est une priorité. Un groupe de travail relatif au prix et à son contrôle, mis en suspens durant la crise, a repris, selon la ministre, en avril 2021. Pour l'aide à domicile, il est demandé à l'Aviq de mener à bien les travaux relatifs à la révision des barèmes de contribution des bénéficiaires. La réponse ministérielle rejoint par ailleurs la Cour dans son constat de la difficulté d'évaluer l'accessibilité financière sans connaître les capacités économiques des potentiels bénéficiaires. Elle convient qu'une étude sur la capacité financière des personnes âgées à accéder à l'offre de services devra être menée.

À propos de l'intégration du système de santé, la ministre confirme la volonté du gouvernement de proposer des offres de services et de soins intégrés, complémentaires et flexibles selon les attentes et besoins des bénéficiaires.

Elle convient en outre que la garantie d'une prise en charge holistique et de qualité exige d'améliorer les échanges et l'articulation entre les services existants. La volonté est d'aller vers un système de santé davantage numérisé où les données des patients sont partagées entre les différents prestataires de soins selon les besoins et les rôles de chacun, avec accord du bénéficiaire. Le développement d'outils numériques aura un impact bénéfique tant pour les personnes prises en charge que pour les travailleurs, les services et les divers prestataires du secteur de l'aide et des soins. Pour la Wallonie, l'accès à ces données constituera une source de connaissance permettant d'orienter au mieux les politiques.

La ministre énumère divers projets engagés en ce sens. Elle relève notamment la digitalisation complète des données de santé et l'ambition de transition numérique via le développement d'un « carnet wallon citoyen de santé et de vie ». Elle évoque aussi le développement d'un système de santé intégré sur l'ensemble du territoire wallon qui permettra de répondre à des enjeux à plus long terme tant dans la prévention des maladies chroniques, que dans l'orientation du citoyen vers le bon acteur ou son accompagnement dans des soins de longue durée. Le développement informatique des Safa est également souligné. Ce soutien vise tant la dématérialisation des outils utilisés au quotidien au sein de ces structures que la mise en place de l'interopérabilité entre les systèmes. Un budget complémentaire de 150.000 euros a par ailleurs été prévu au budget initial 2021 pour mener une des expériences pilotes au sein de MR et MRS dont l'objectif général est de mettre en place un changement de culture en améliorant, par une approche systémique, le modèle d'accompagnement des aînés au sein de ces structures. Une des valeurs ajoutées de ce projet est d'inscrire les MR et MRS dans un système intégré de santé en lien étroit avec les acteurs du domicile, l'ambulatoire et les réseaux hospitaliers.

Chapitre 3

Enjeux futurs

3.1 Développement de l'offre de prise en charge résidentielle

3.1.1 Orientation politique

En mai 2018, dans le cadre du plan wallon d'investissements, le gouvernement a validé un objectif de « *création de 11.907 nouvelles places supplémentaires en MR/MRS d'ici 2030* ». Cet objectif est ambitieux au regard du nombre de lits mis en exploitation durant les vingt dernières années¹⁷⁷ et compte tenu des lenteurs inhérentes au développement de l'infrastructure. Le cabinet de l'ancienne ministre de l'Action sociale a réalisé des projections budgétaires sur cette base.

Le 16 mai 2019, le gouvernement wallon a finalement décidé¹⁷⁸ que la capacité maximale sera augmentée de 11.300 unités sur dix ans¹⁷⁹. De même, la capacité maximale des lits de court séjour sera augmentée de 480 unités sur dix ans selon les mêmes principes.

La Cour des comptes attire néanmoins l'attention sur le fait qu'il s'agit à présent d'« unités ». Cette notion, qui correspond à une logique budgétaire, n'est pas équivalente à celle de « place physique ». Si la mise en exploitation d'un lit MR correspond bien à une unité, celle d'un lit MRS correspond à un nombre plus important d'unités puisque son coût de fonctionnement est plus élevé. Le nombre de places effectives qui seront créées à partir des 11.300 unités ne peut donc être déterminé, faute de répartition fixée entre lits MR et MRS dans le dispositif.

La commission Accueil et Hébergement des personnes âgées du comité de branche Bien-être et Santé de l'Aviq¹⁸⁰ a été chargée de fixer les règles d'équivalence et de répartir les unités entre les types de prise en charge. Concrètement, elle déterminera, par tranche annuelle de 1.130 unités, le type de places à créer et, en corollaire, leur nombre, dans les limites budgétaires fixées par le gouvernement. Un organe ne comptant aucun représentant de l'autorité publique se voit ainsi conférer un pouvoir de décision d'ordre stratégique. Si, auparavant, le rôle des parties prenantes se voulait essentiellement consultatif, il leur revient dorénavant de statuer, dans une enveloppe budgétaire déterminée, sur les types de solutions à privilégier (création de lits, requalification, etc.). Étant donné la nécessité d'intégrer les différents pans de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (aide à domicile, hébergement, etc.) et pour écarter tout risque de conflit d'intérêts, la Cour

¹⁷⁷ À savoir 2.128 nouvelles places.

¹⁷⁸ Arrêté du gouvernement wallon du 16 mai 2019 modifiant le code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé - partie réglementaire pour les dispositions relatives aux aînés.

¹⁷⁹ Au rythme de 1.130 unités par an, au 1^{er} janvier de chaque année à partir de 2019.

¹⁸⁰ La commission Accueil et Hébergement des personnes âgées est composée, par le conseil général de l'Aviq, d'un nombre égal de membres désignés, d'une part, sur proposition des organisations représentatives du secteur des établissements pour personnes âgées et, d'autre part, sur proposition des organismes assureurs. Article 15, § 1^{er}, du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable.

des comptes considère que c'est à l'autorité publique qu'il incombe d'adopter ce type de décision.

Lors du débat contradictoire, la ministre a attiré l'attention sur le fait que, si la commission Accueil et Hébergement détermine bien les besoins de financement, il appartenait cependant à la ministre compétente de statuer sur la base de cet avis et en fonction des moyens budgétaires disponibles.

Les décisions d'affectation des 11.300 unités feront donc varier le nombre effectif de places entre 0 et 11.300 selon le type de lits ouverts : 0 en cas de requalification de lits MR en lits MRS uniquement ou 11.300 s'il s'agit de lits exclusivement MR. Toutes les combinaisons entre ces deux extrêmes sont possibles.

En janvier 2020, l'actuelle ministre wallonne de l'Action sociale et de la Santé a annoncé la requalification de 2.266 lits MR en lits MRS, pour un montant de 22 millions d'euros. Cette décision applique l'accroissement de la capacité maximale de lits prévu pour les années 2019 et 2020 conformément à l'arrêté du 16 mai 2019. S'agissant d'une requalification, l'effet sur le nombre de nouvelles places physiques est nul.

Dans sa réponse en avril 2021, la ministre a précisé que, conformément aux engagements pris, 2.457 lits MR ont été requalifiés en MRS depuis le début de la législature et un budget a été débloqué pour la création de 1.130 lits MR supplémentaires.

Afin d'analyser les implications de l'arrêté du 16 mai 2019, la règle d'équivalence communiquée par l'ancienne ministre de l'Action sociale au Parlement wallon¹⁸¹ (un lit MRS = 2,1 unités = 2,1 lits MR) sera utilisée pour examiner trois scénarios de répartition des unités entre lits MR et MRS¹⁸², décrits dans le tableau ci-après. Dans les faits, aucun scénario intermédiaire n'est évidemment à exclure.

¹⁸¹ CRAC N° 77 (2018-2019), commission de l'Action sociale, de la Santé et de la Fonction publique, du 7 février 2019, p. 6. La ministre de l'Action sociale mentionne une équivalence de 2,1 unités pour un lit MRS : « Mille cent trente unités, je n'ai pas dit « places en maisons de repos », mais « unités ». Une unité correspond à une place, entre autres, en maison de repos. Une place en maison de repos et de soins correspond à 2,10 unités. La répartition des unités est décidée en commission Accueil et Hébergement des aînés. ».

¹⁸² Il convient d'ajouter à chacun de ces scénarios les 480 lits de court séjour.

Tableau 4 – Scénarios de répartition des 11.300 unités entre lits MR et lits MRS

Scénario de répartition des 11.300 unités	Description	Nombre de lits MR	Nombre de lits MRS	Impact sur la capacité totale en nombre de lits
1	Ouverture de lits MR uniquement	+11.300	0	+11.300
2	Requalification de lits MR existants en lits MRS ^{183 184}	-10.273	+10.273	0
3	Répartition des nouvelles places entre lits MR et MRS dans des proportions identiques à celles observées actuellement ¹⁸⁵	+4.099	+3.429	+7.528

Source : *Cour des comptes*

Si ces trois scénarios consomment chacun 11.300 unités budgétaires, ils poursuivent toutefois des objectifs distincts. Ainsi, le premier privilégie l'ouverture de nouvelles places physiques (lits MR uniquement) ; le deuxième vise la prise en charge de la grande dépendance avec l'ouverture du plus grand nombre de lits MRS (uniquement) ; le troisième est un scénario mixte qui vise l'ouverture à la fois de lits MR et de lits MRS.

Dans la suite de ce chapitre, il sera fait référence au chiffre tantôt de 11.300 unités, pour le calcul de l'évolution du nombre de places, et tantôt de 11.907 places, pour l'évaluation du coût, car il s'agit du volume de places estimé nécessaire par l'étude des besoins retenue ; ce volume a également servi de base aux projections budgétaires réalisées par le cabinet de l'époque. Pour les frais d'investissement (infrastructure), la charge budgétaire a été calculée par le cabinet de l'époque sur 50 % de ces places¹⁸⁶, soit un peu moins de 6.000 places.

3.1.2 Anticipation de l'évolution des besoins

Plusieurs études ont tenté d'estimer l'ampleur des besoins futurs de lits en maisons de repos (et de soins) résultant du vieillissement de la population¹⁸⁷.

L'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, bien que déjà ancienne (2011), fait souvent référence en la matière. Elle estime les besoins de lits à l'horizon 2025 en fonction du vieillissement démographique ainsi que d'autres paramètres corrélatifs¹⁸⁸. Elle conclut

¹⁸³ Compte tenu du nombre de personnes dépendantes hébergées sur un lit MR, l'option des requalifications pourrait être privilégiée. Au 30 juin 2016, la Région wallonne comptait un total de 25.117 lits MR (non requalifiés) dont on peut estimer que 9.360 environ étaient occupés par des personnes dépendantes (minimum de niveau B sur l'échelle de Katz). Le scénario d'une utilisation des 11.300 unités à destination principale d'une requalification est théoriquement possible, sans présumer toutefois de la volonté des opérateurs de souscrire à des requalifications dans le respect des normes concernées.

¹⁸⁴ La création d'un nouveau lit MRS consomme 2,1 unités, et celle d'un lit MR 1 unité. La requalification d'un lit MR existant en lit MRS consomme donc 1,1 unité supplémentaire.

¹⁸⁵ Si l'on convertit le parc actuel en unités, les lits MR représentent 36,3 % du total des unités et les lits MRS 63,7 %.

¹⁸⁶ La volonté initiale était que le subventionnement ne couvre pas les infrastructures du secteur privé représentant maximum la moitié du nombre de places.

¹⁸⁷ Par exemple voir Cushman & Wakefield, *Insight booming market – Belgium nursing home*, 2016.

¹⁸⁸ Compression de la morbidité, augmentation de la prévalence du diabète, doublement des soins à domicile au-delà de ce qui est requis par le vieillissement de la population, etc.

que « *l'offre de soins doit faire l'objet d'une expansion considérable* »¹⁸⁹, nettement supérieure à celle observée entre 2000 et 2011. Elle relève également « [qu']il importe d'être conscient du fait que 2025 ne marquera pas le terme de l'expansion des établissements de soins pour les personnes âgées, ni des soins de longue durée (SLD) de manière générale. [...] S'agissant des SLD, les quinze à vingt prochaines années [à compter de 2010] doivent être considérées comme une sorte de période de grâce dans l'ensemble du processus de vieillissement de la population, au cours de laquelle la demande ne va s'élever que modérément et qui devrait être mise à profit pour préparer la hausse nettement plus accentuée qui est susceptible de se produire après 2025. ».

Compte tenu des 47.987 lits déjà en fonctionnement et des 1.672 lits dont l'ouverture est programmée (lits en accord de principe), il subsisterait, au 1^{er} janvier 2018, sur la base de cette étude, un solde d'environ 4.000 lits à ouvrir d'ici 2025.

La cible arrêtée dans le cadre du plan wallon d'investissements – 11.907 lits à l'horizon 2030 – provient, quant à elle, d'une étude réalisée à partir d'un outil de programmation intégrant des données collectées dans le cadre de l'enquête bisannuelle 2014 ainsi que les perspectives démographiques du Bureau fédéral du plan¹⁹⁰. Cette étude formule trois hypothèses (haute, moyenne et basse) en faisant varier l'espérance de vie en bonne santé et l'offre de services d'aide à domicile¹⁹¹⁻¹⁹².

L'objectif retenu par le gouvernement wallon est l'hypothèse moyenne, c'est-à-dire à situation et politique inchangées (maintien de l'espérance de vie en bonne santé et développement de l'offre actuelle des services d'aide à domicile proportionnelle à l'évolution démographique). Les deux autres hypothèses entraînaient des changements importants, en particulier l'hypothèse basse, qui postulait des entrées en maisons de repos à un âge plus avancé (minimum 75 ans)¹⁹³ et excluait les aînés faiblement ou non dépendants¹⁹⁴⁻¹⁹⁵.

La Cour des comptes considère que l'estimation des besoins retenue par le gouvernement wallon, à savoir 11.907 nouveaux lits physiques à ouvrir d'ici 2030, représente plus un ordre de grandeur qu'une donnée chiffrée solide.

¹⁸⁹ Expansion allant, pour l'ensemble du territoire belge, de 27.000 à 45.000 lits supplémentaires à l'horizon 2025, ce qui correspond à une augmentation annuelle allant de 1 800 à 3 000 lits (3.500 lits si l'on considère le cumul des scénarios pessimistes).

¹⁹⁰ Cette étude a été effectuée dans le cadre d'un projet mené conjointement par l'Observatoire wallon de la santé, l'UNamur et l'UCLouvain, dont l'objectif est de développer un outil de programmation (*Virtual Health in Belgium* [VBH]) permettant de réaliser des projections en matière de soins de santé, notamment en rapport avec la prise en charge des aînés.

¹⁹¹ Elle évalue ainsi le nombre de lits supplémentaires en 2030 à un déficit de 12.931 lits pour l'hypothèse haute (la plus défavorable) et de 11.907 lits pour la moyenne, et à un surplus de 7.715 lits pour la basse.

¹⁹² Dans l'hypothèse moyenne, l'espérance de vie en bonne santé reste la même que celle observée en 2014. Dans la basse, l'espérance de vie en bonne santé augmente et les services d'aide à domicile sont renforcés. Dans la haute, l'espérance de vie en bonne santé stagne, voire diminue (augmentation de prévalence des maladies chroniques), avec une saturation des services permettant le maintien à domicile.

¹⁹³ Le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés élève à 70 ans l'âge d'entrée en maison de repos. Toutefois, cette condition est assortie de mesures dérogatoires telles que cette disposition pourrait ne pas avoir, dans les faits, de véritable effet sur l'âge d'entrée des personnes hébergées.

¹⁹⁴ Les personnes de niveau O et A restent au domicile dans ce scénario en raison d'un renforcement des services d'aide à domicile.

¹⁹⁵ Cette optique n'est pas celle actuellement retenue dans le cadre des dernières réformes, qui prônent le maintien de la mixité.

Selon la Cour, l'étude précitée est sujette à caution. En effet, elle s'appuie sur des données collectées en 2014, a été transmise au cabinet du ministre de l'Action sociale et de la Santé le 30 juin 2016, et le plan wallon d'investissement a été adopté deux ans plus tard. De plus, l'outil VBIH utilisé en 2016 pour réaliser les projections n'était pas pleinement opérationnel et ne l'était toujours pas lors de l'audit. Par ailleurs, si l'étude a le mérite d'intégrer dans une même réflexion la prise en charge résidentielle et celle au domicile des bénéficiaires, les hypothèses formulées se réfèrent à des décisions politiques dont l'adoption n'est pas garantie et dont les contours restent relativement flous, en particulier concernant l'évolution de l'offre de services d'aide à domicile¹⁹⁶.

Enfin, l'estimation retenue par le gouvernement wallon est une projection, à l'horizon 2030, de l'offre existant en 2014. Or, les données disponibles montrent que le nombre de lits en fonctionnement était et reste toujours insuffisant¹⁹⁷. Le déficit de lits existant en 2014 augmentera donc probablement lui aussi, d'ici 2030, de manière proportionnelle au vieillissement de la population.

Le tableau ci-après examine dans quelle mesure la décision du gouvernement wallon de créer 11.300 unités répond aux besoins estimés (11.907 lits).

Tableau 5 – Besoins satisfaits d'ici 2030 selon le scénario de répartition des 11.300 unités

Scénario de répartition des 11.300 unités	Description	Nombre de lits MR	Nombre de lits MRS	Satisfaction des besoins en 2030
1	Ouverture de lits MR uniquement	+11.300	0	Ouverture de 11.300 nouveaux lits physiques, mais aucun lit consacré à la grande dépendance (lit MRS) n'est ouvert. Par rapport à l'étude VBIH, il manque 607 lits.
2	Requalification de lits MR existants en lits MRS	-10.273	+10.273	Meilleure prise en charge de la grande dépendance, mais aucun lit physique supplémentaire n'est ouvert. Par rapport à l'étude VBIH, il manque 11.907 lits.
3	Répartition des nouvelles places proportionnellement au nombre de lits MR et MRS actuels	+4.099	+3.429	Ouverture de 7.528 lits physiques supplémentaires. Il manque 4.379 lits. La prise en charge de la grande dépendance risque d'être insuffisante.

Source : Cour des comptes

¹⁹⁶ Ces scénarios ne définissent pas concrètement à quoi correspond, en termes de bénéficiaires ou de volume d'heures, un maintien, un renforcement ou une saturation des soins à domicile, compte tenu de l'accroissement de la demande pour ce type d'aide résultant du vieillissement démographique d'ici 2030.

¹⁹⁷ Voir partie 1. Entre autres, à la fin de l'année 2014, 2.348 accords de principe avaient été octroyés, reflétant bien l'existence d'une demande non satisfaite à l'époque.

Le scénario 1 couvre approximativement les besoins futurs d'un point de vue quantitatif, mais non qualitatif. Dans ce scénario, aucun lit MRS supplémentaire n'est en effet disponible pour une prise en charge plus adaptée de la grande dépendance, et ce alors que le nombre de lits MRS en exploitation actuellement est déjà déficitaire. Tous les autres scénarios, qui comprennent l'ouverture de nouveaux lits MRS, entraînent la création d'un nombre de lits physiques inférieur aux besoins estimés par le gouvernement wallon. Les besoins quantitatifs n'y sont donc pas satisfaits.

La Cour constate donc que la décision du gouvernement wallon de créer 11.300 unités ne permet pas de répondre aux enjeux du vieillissement démographique, qui sont à la fois quantitatifs (ouverture de nouvelles places d'hébergement) et qualitatifs (prise en charge adaptée de la grande dépendance).

La décision de janvier 2020 d'une requalification de 2.266 lits MR en lits MRS rend désormais caduque l'hypothèse du scénario 1. En effet, si l'accent est mis sur une prise en charge plus adaptée des aînés dépendants, cette décision ne crée aucune nouvelle place.

Comme le nombre de lits effectivement ouverts sera nécessairement inférieur à 11.300 et que les projections du VBIH ne tiennent pas compte de la demande insatisfaite, la Cour considère, à politique inchangée dans les autres aspects de l'offre de prise en charge, que le risque d'une insuffisance de l'offre d'hébergement pour couvrir les besoins d'ici 2030 est important.

L'ampleur du vieillissement de la population s'accroîtra encore après 2030. Si l'on adopte la logique d'une augmentation des places en fonction de celle de la population, le nombre de nouvelles places à créer, en plus de la programmation actuelle, pourrait presque quintupler d'ici 2050. Ainsi, l'estimation du besoin de lits supplémentaires avoisine 12.000 à l'horizon 2030, mais atteindrait 34.000 en 2040 et 54.000 en 2050¹⁹⁸. S'ils restent indicatifs¹⁹⁹, ces chiffres illustrent néanmoins le défi qui s'annonce pour les années à venir et donc la nécessité d'anticiper des solutions adéquates pour la prise en charge des futurs seniors.

3.1.3 Anticipation des coûts pour les pouvoirs publics

Les coûts supportés par la Région pour la prise en charge de résidents en maison de repos (et de soins) comprennent, d'une part, le financement de l'infrastructure et, d'autre part, le versement de l'allocation forfaitaire journalière aux résidents (dont la gestion, autrefois assurée par l'Inami, a été transférée à la Région au 1^{er} janvier 2019)²⁰⁰.

3.1.3.1 Financement de l'infrastructure

Le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés instaure un nouveau système de financement de l'infrastructure²⁰¹.

¹⁹⁸ Ces chiffres ont été obtenus à partir de l'offre existant en 2014 et sur laquelle les taux de croissance prospectifs du vieillissement de la population ont été appliqués, par tranche d'âge de cinq ans. Ils reposent donc sur l'hypothèse que les proportions de résidents par tranche d'âges, telles qu'observées en 2014, seront conservées dans le futur.

¹⁹⁹ Pour rappel, ils proviennent d'un simple mode de calcul proportionnel, qui ne tient pas compte de la demande non satisfaite ni de l'évolution d'autres paramètres influençant la demande (par exemple le développement d'autres solutions de prise en charge, etc.).

²⁰⁰ Voir le point 2.1.2 *Financement public de l'offre de lits et de services*.

²⁰¹ Les modalités de fonctionnement de ce nouveau système sont précisées dans l'arrêté du 16 mai 2019 déjà évoqué.

Présentation du système

Le nouveau système de financement des infrastructures des maisons de repos et des maisons de repos et de soins est calqué sur celui des infrastructures hospitalières. Ce nouveau dispositif repose sur le calcul d'un prix de location maximum facturable, par personne et par journée, comprenant un montant forfaitaire qui couvre, pour partie, l'utilisation des infrastructures et des équipements par le résident. Le bénéfice de ce financement public est toutefois conditionné au respect de certaines modalités, telles que l'adhésion à un système de prix conventionnés (grille tarifaire)²⁰².

Le montant de l'intervention régionale en faveur de l'infrastructure, désormais répartie sur la durée des investissements financés, est déterminé sur la base d'une évaluation théorique des coûts liés aux infrastructures et aux équipements²⁰³. Elle est liquidée aux opérateurs par l'intermédiaire des organismes assureurs pour le compte des bénéficiaires et prise en charge par le budget régional.

Comme ce nouveau système n'était pas encore mis en œuvre lors de l'audit²⁰⁴, la Cour des comptes a limité ses constats à des considérations d'ordre général mettant en exergue les éléments susceptibles d'influer sur le développement futur de l'offre, en ce inclus les évolutions notables par rapport au système de subventionnement précédent.

Compte tenu des montants en jeu²⁰⁵, l'adoption du nouveau système vise notamment à soustraire de la dette de la Région wallonne les investissements d'infrastructures²⁰⁶. Une incertitude persiste néanmoins sur l'absence d'impact de ce dispositif sur la dette. En effet, bien que l'Institut des comptes nationaux (ICN)²⁰⁷ ait rendu un avis positif sur un mécanisme similaire déjà mis en place pour les infrastructures hospitalières, il se réserve le droit de revoir sa position à la suite de la mise en œuvre effective du mécanisme de financement. Par extension, le dispositif relatif aux infrastructures d'hébergement pour aînés devrait faire l'objet d'une réserve analogue, d'autant qu'il n'a encore donné lieu à aucun avis formel de l'ICN.

Quoi qu'il en soit de cet aspect comptable, le nouveau système de financement permet de lever certains freins inhérents à l'ancienne procédure.

²⁰² Voir le point 2.3.5 *Accessibilité financière de l'offre*.

²⁰³ Ce forfait couvre une valeur théorique de reconstruction à neuf de l'établissement selon son profil spécifique. Cette valeur de reconstruction est calculée sur la base d'un juste prix au mètre carré et d'un nombre maximum de mètres carrés admissibles.

²⁰⁴ Le premier plan de construction était prévu au plus tôt pour le 1^{er} janvier 2020.

²⁰⁵ Ils peuvent être évalués à près de 90 millions d'euros par an si l'investissement était subventionné de manière classique.

²⁰⁶ Le système de financement alternatif, jusqu'ici majoritairement utilisé pour subventionner les infrastructures médicosociales, pèse en effet sur le solde net à financer de la Région, ce qui constitue un frein à la mobilisation de moyens importants et, par conséquent, à une forte augmentation des capacités d'hébergement. Pour rappel, le Crac est maintenant inclus dans le périmètre de consolidation et la dette liée à ses activités constitue une dette indirecte de la Région wallonne. Compte tenu de l'importance des sommes engagées et des financements à venir à la suite du transfert des compétences, la viabilité de ce mécanisme était compromise.

²⁰⁷ Dans son avis du 29 février 2016, l'ICN a indiqué que le nouveau dispositif n'impliquerait, de manière globale et sous certaines conditions, aucune imputation au titre de la dette.

En effet, le dispositif s'appuie sur une planification budgétaire pluriannuelle assortie d'un calendrier de construction, qui sera établi en fonction des dossiers sélectionnés à la suite d'un appel à projets. Cette procédure devrait permettre de réduire les complications liées à l'imprévisibilité du financement dans l'ancien système, à savoir notamment la mise en suspens de projets dans l'attente de crédits disponibles. En outre, l'introduction de dossiers sur le mode d'un appel à projets devrait faciliter la sélection comparative des projets pour autant que des critères de sélection pertinents soient définis et appliqués. La Cour rappelle l'importance d'établir de tels critères, car le financement sera lié à la personne du résident²⁰⁸. L'arrêté du 16 mai 2019 n'apporte cependant pas de précision en la matière.

Il est par ailleurs à noter que, contrairement à la situation actuelle, l'analyse des dossiers sera plus concentrée sur une période déterminée, ce qui nécessite une organisation spécifique et l'affectation des moyens nécessaires au sein de l'administration.

Plus fondamentalement, ce nouveau mode de financement devrait inciter à une mise à disposition plus rapide des places, puisque l'octroi de l'intervention financière est lié à l'occupation effective de la place par un résident²⁰⁹.

Les modalités de ce nouveau dispositif pourraient cependant dissuader certains opérateurs d'entamer un projet. En effet, dans le cas d'une nouvelle construction, l'absence de préfinancement public pourrait constituer un frein majeur pour les établissements ne disposant pas de fonds propres suffisants et éprouvant des difficultés à mobiliser l'emprunt.

Des craintes sont également exprimées par les représentants des opérateurs puisque le non-respect, même temporaire, des conditions autorisant la facturation peut mener au non-versement de l'intervention²¹⁰.

Enfin, la Cour relève que, contrairement au système précédent, les résidences-services ne pourront plus bénéficier d'un financement public de l'infrastructure, alors qu'elles peuvent occuper une place déterminante dans l'éventail de la prise en charge des aînés.

Estimation des coûts

Le nouveau système de financement a fait l'objet de projections budgétaires pluriannuelles à l'horizon 2050 sur la base de l'objectif de 11.907 nouvelles places issu du plan wallon d'investissements, et non de celui finalement adopté par le gouvernement wallon dans son arrêté du 16 mai 2019 (11.300 unités). Les projections portent également sur la rénovation du parc existant.

Elles se basent par ailleurs sur une disposition de l'ancien système de financement, à savoir que seules les infrastructures des secteurs public et associatif pouvaient être subventionnées. La part cumulée des deux secteurs dans l'offre d'hébergement étant de 50 %, les projections prévoient la rénovation de la moitié du parc actuel et le financement

²⁰⁸ En raison de la prise en compte du coût de l'infrastructure dans la facture journalière du résident.

²⁰⁹ Ce constat ne vaut cependant que dans le cas d'une nouvelle construction.

²¹⁰ Article 1.503/17 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé. Outre l'obligation de conventionnement, l'arrêté prévoit le respect de cinq autres conditions, dont, par exemple l'accueil au minimum de 10 % de résidents bénéficiant de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ou de la garantie de revenu aux personnes âgées.

de 5.951 nouvelles places (sur les 11.970 prévues), en ce inclus le renouvellement du matériel et des équipements.

Le modèle repose sur différents paramètres²¹¹ prévus par la réglementation, notamment un taux d'intervention régional à hauteur de 60 % des coûts de construction²¹² (frais et TVA inclus). La valeur de construction d'un lit est estimée à 122.000 euros, les calculs sont effectués à euros constants.

Le modèle budgétaire prévoit donc un financement linéaire de 595 lits supplémentaires par an sur dix ans et sur la reconstruction, chaque année, d'un trentième du parc existant.

Le tableau ci-après synthétise les coûts estimés pour la Région wallonne²¹³.

Tableau 6 – Estimation du montant des interventions wallonnes prévues dans le cadre du nouveau système de financement des infrastructures

	2022	2025	2030	2031	2040	2041	2050	2051
Rénovation du parc actuel								
<i>Construction</i>	450	7.199	20.246	22.496	42.742	44.992	65.238	67.488
<i>Équipements</i>	202	3.239	9.111	10.123	19.234	20.246	29.357	30.369
<i>Charges d'intérêts</i>	184	3.047	8.898	9.916	19.166	20.183	25.933	26.055
Total rénovation	836	13.485	38.255	42.535	81.142	85.422	120.528	123.912
Nouvelles places								
<i>Construction</i>	290	4.646	13.068	14.520	14.520	14.520	14.520	14.520
<i>Équipements</i>	131	2.091	5.881	6.534	6.534	6.534	6.534	6.534
<i>Charges d'intérêt</i>	119	1.967	5.743	6.400	6.400	6.400	6.400	6.400
Total nouvelles places	540	8.704	24.692	27.454	27.454	27.454	27.454	27.454
Total général	1.376	22.189	62.947	69.989	108.596	112.876	147.982	151.366

Source : cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

(en milliers d'euros)

²¹¹ Comme le taux de subventionnement des infrastructures s'élève à 60 % du montant des investissements et que la durée d'amortissement des constructions est de 30 ans, le taux d'intervention annuel pour les reconstructions/constructions est prévu, annuellement, à hauteur de 2 % de la valeur du parc cumulable pendant 30 ans. La durée de renouvellement des équipements est fixée à 10 ans ; le taux d'intervention pour l'équipement est de 0,9 % par an pendant 10 ans.

²¹² Évalués sur la base d'un « juste prix » que la Région accepte de prendre en charge.

²¹³ Les données chiffrées mentionnées dans le présent rapport sont celles fournies par le cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé en juillet 2018. Pour les années 2021 à 2024, ils diffèrent quelque peu des chiffres analysés, en juin 2018, par la Cellule d'informations financières (CIF) et par l'Inspection des finances, et repris dans les travaux parlementaires.

Remarque : les montants « nouvelles places » ne concernent que le programme de construction prévu jusque 2030 et ne comprennent donc pas les nouvelles constructions qui seront construites après 2030.

Estimé à près de 70 millions d'euros après 10 ans de mise en œuvre (construction et rénovation), le coût annuel devrait atteindre 151,4 millions après 30 ans²¹⁴. Ces projections concernent toutefois les besoins supplémentaires estimés à l'horizon 2030 et non ceux qui apparaîtront au-delà. En d'autres termes, les montants mentionnés après 2030 ne reflètent donc pas le coût réel de la politique.

La Cour des comptes rappelle également que le nouveau dispositif prévoit le remboursement, par la Région, des charges d'intérêts supportées par les opérateurs. Celles-ci correspondraient globalement à 23 % de l'intervention régionale en faveur de l'infrastructure, soit environ 611 millions d'euros sur une période de 30 ans²¹⁵.

L'estimation des coûts dans les simulations budgétaires du gouvernement a également valeur indicative car elle ne reflète pas les dernières décisions politiques de mai 2019, dont certaines conséquences pourraient influencer le coût du nouveau système.

Premièrement, le nouveau dispositif est ouvert à l'ensemble des secteurs, alors que le système de subventionnement précédent était réservé aux opérateurs des secteurs public et associatif, lesquels détiennent environ la moitié des lits. Les opérateurs du secteur privé commercial pourront donc prétendre à un financement public pour autant qu'ils satisfassent aux critères établis et s'inscrivent dans le système de conventionnement du prix. Les projections réalisées ne s'appliquent toutefois qu'à la moitié du parc existant ou en devenir et n'intègrent donc pas ce nouvel élément.

Selon le comportement des opérateurs privés, le coût du dispositif pourrait, pour la Région, être supérieur à celui des projections. Il pourrait même doubler si l'objectif est de satisfaire l'ensemble des demandeurs. Par contre, si le budget présenté constitue une enveloppe maximale, des arbitrages pourraient être requis, soit en modulant le taux d'intervention, soit en écartant des demandes. Les textes légaux actuels n'apportent pas d'éclaircissements à ce sujet. S'il est, pour l'heure, impossible d'anticiper le comportement de l'ensemble des opérateurs, il conviendrait néanmoins de maîtriser tout risque de dérapage en arrêtant les mesures régulatrices dès l'entrée en vigueur du système.

Deuxièmement, en l'absence d'engagement précis sur le nombre de nouvelles places d'hébergement qui seront créées à partir des 11.300 unités, les coûts inhérents aux nouvelles constructions ne peuvent être estimés correctement. Les trois scénarios de répartition des 11.300 unités examinés ci-dessus ont, par exemple, des implications diverses en la matière :

²¹⁴ Sans nouvelle augmentation de capacité, le système devrait connaître sa vitesse de croisière après 30 ans. Le coût annuel de 151,3 millions d'euros devrait constituer un coût maximal (pour cette augmentation de capacité à l'horizon 2030), à paramètres constants.

²¹⁵ Le montant élevé des intérêts s'explique par le fait que la Région wallonne prend à sa charge les intérêts qui sont payés par les opérateurs sur les emprunts qu'ils contractent. Les opérateurs empruntent la totalité du montant en début de période, alors que la Région étale le remboursement de la subvention sur la durée d'amortissement, soit 30 ans. Il est donc normal que les intérêts paraissent excessifs au regard de la dépense annuelle de la Région wallonne.

- Le premier scénario entraîne la construction de bâtiments permettant d'héberger 11.300 nouveaux lits ;
- le second n'amène a priori aucune nouvelle construction mais probablement la mise aux normes de bâtiments existants ;
- le troisième implique la construction de bâtiments pour 7.528 nouveaux lits.

Considérant le nombre d'éléments non pris en compte, ces simulations budgétaires peuvent difficilement constituer une aide utile à la prise de décision.

Au-delà de 2030, les besoins en matière d'hébergement continueront de croître. Dans l'hypothèse où l'offre de lits augmentera au même rythme que la population âgée et où les nouvelles constructions seront financées pour moitié, les coûts de la politique vont encore augmenter. Ainsi, outre le financement des quelques 6.000 nouvelles places prévues dans les projections budgétaires, celui de 11.000 nouvelles places à l'horizon 2040²¹⁶ entraînerait des coûts annuels supplémentaires estimés à 50,7 millions d'euros. À l'horizon 2050, le financement de 10.000 places additionnelles entraînerait une dépense supplémentaire annuelle de 46,1 millions d'euros. Dans cette hypothèse, le coût total annuel du dispositif s'élèverait à 159 millions d'euros en 2040 et à 245 millions d'euros en 2050.

3.1.3.2 Allocation forfaitaire journalière

En 2017, les dépenses de fonctionnement couvrant l'allocation forfaitaire journalière s'élevaient à 936 millions d'euros.

Le cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé a établi des projections budgétaires, à euros constants, pour les dépenses liées à la mise en fonctionnement de 11.907 nouveaux lits à l'horizon 2030²¹⁷. Elles se basent sur un coût annuel, par résident, de 19.517 euros²¹⁸.

Tenant compte d'un rythme linéaire d'ouverture des lits sur dix ans, le coût de la prise en charge des résidents, pour le fonctionnement, s'élèverait, chaque année, à environ 23 millions d'euros supplémentaires, jusqu'à atteindre, en vitesse de croisière, 230 millions d'euros une fois l'objectif atteint (soit à partir de 2031).

La Cour des comptes considère que cette estimation du subventionnement annuel de fonctionnement manque de fiabilité et de précision. En effet, le montant a été évalué au départ du budget annuel²¹⁹, qui, s'il couvre la majeure partie des frais de fonctionnement des lits MR/MRS, concerne néanmoins aussi d'autres types de dépenses²²⁰. Par ailleurs, il ne distingue pas le lit MR et le lit MRS, dont le subventionnement est estimé respectivement à 12.079 euros/an et à 26.645 euros/an dans les travaux préparatoires du projet de décret (soit des montants moyens journaliers respectifs de 33 et 73 euros). La Cour relève à cet égard qu'elle n'a pu valider le montant du subventionnement moyen d'un lit MRS à partir des données à sa disposition.

²¹⁶ Pour rappel, une augmentation des places en proportion de la population nécessiterait la création de 22.000 nouvelles places entre 2030 et 2040 et de 20.000 places entre 2040 et 2050.

²¹⁷ Voir les projections reprises dans les travaux préparatoires du projet de décret du 13 février 2019 afférent aux maisons de repos.

²¹⁸ À supposer que les lits soient occupés 365 jours sur 365, ce qui n'est pas toujours le cas.

²¹⁹ Budget annuel pour les frais de fonctionnement (936 millions d'euros) divisé par le nombre de lits subventionnés.

²²⁰ Par exemple frais de fonctionnement des lits de court séjour, centre de soins de jour, etc.

Sachant en outre que les dépenses relatives aux forfaits journaliers avoisinent actuellement un milliard d'euros, une erreur d'estimation du coût journalier de 5 euros pour le lit MRS peut, à titre d'exemple, entraîner un écart de 38 millions d'euros.

Enfin, si le nombre de nouvelles places créées croît effectivement en proportion de la population âgée, les coûts de fonctionnement afférents à la politique d'hébergement connaîtront inévitablement une évolution significative. Partant de la mise en activité des 11.300 places d'ici 2030, de 22.000 nouvelles places entre 2030 et 2040, et de 20.000 places additionnelles entre 2040 et 2050, les dépenses de fonctionnement (936 millions en 2017) pourraient ainsi doubler d'ici 2050.

3.1.4 Anticipation des recettes par les pouvoirs publics

3.1.4.1 *Financement des maisons de repos*

Cadre général

La sixième réforme de l'État a organisé le transfert, vers les entités fédérées, des dernières compétences fédérales afférentes aux soins pour personnes âgées. Elles concernent, à titre principal, le financement du fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)²²¹. La loi spéciale de financement organise le transfert des moyens budgétaires y afférents, depuis le 1^{er} janvier 2015, sous la forme d'une dotation globale non spécialement affectée. Conformément au principe d'universalité budgétaire, l'entité fédérée n'est en effet pas tenue d'attribuer ces moyens aux matières concernées.

Au niveau intra-francophone, les accords de la Sainte-Émilie²²² ont transféré l'exercice de ces compétences notamment à la Région wallonne et en organisent les modalités de financement.

Dotation pour la politique de soins aux personnes âgées

Le montant des dotations fédérales pour les nouvelles compétences attribuées aux communautés et régions est déterminé par la loi spéciale de financement du 6 janvier 2014²²³.

Pour la politique de soins aux personnes âgées, le montant initial de la dotation fédérale pour l'ensemble du territoire a été calculé sur la base, notamment, des dépenses réalisées antérieurement. Les moyens de financement ont ensuite été répartis entre les communautés selon une clé démographique se rapportant au nombre de personnes âgées de plus de 80 ans y résidant.

²²¹ À titre transitoire, la gestion du financement du fonctionnement des structures d'accueil et d'hébergement a été assurée au niveau fédéral jusqu'au 31 décembre 2018. La gestion de l'APA est restée, quant à elle, du ressort du fédéral jusqu'au 31 décembre 2020.

²²² Accords intra-francophones de la Sainte-Émilie coulés dans le décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

²²³ Loi spéciale du 6 janvier 2014 portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences.

Ces montants sont ensuite adaptés annuellement selon l'inflation, la croissance réelle du PIB par habitant²²⁴ et la croissance de la population âgée de plus de 80 ans de chaque communauté. La variation de la dotation tient donc partiellement compte de l'évolution des besoins réels.

Compte tenu des paramètres prévus par la loi, le montant initial attribué pour la politique de soins aux personnes âgées en Région wallonne en 2015 s'élevait au montant de 1.071 millions d'euros.

La loi spéciale de financement prévoit néanmoins des mécanismes qui affectent l'ensemble des moyens alloués au titre des dotations communautaires visées par la sixième réforme de l'État et donc les moyens globaux effectivement transférés à la Communauté française.

Un mécanisme de transition tend notamment à compenser provisoirement les effets tant positifs que négatifs du nouveau dispositif de manière à ce qu'aucune entité ne soit, dans un premier temps, lésée. Pour l'année 2015, le mécanisme a ainsi pour effet de déterminer des moyens financiers équivalents à ceux issus de la loi spéciale de financement précédente²²⁵. À partir de 2024, les effets de ce mécanisme s'estomperont linéairement sur une période de dix ans²²⁶. Une contribution à l'assainissement des finances publiques et au coût du vieillissement est aussi portée en déduction des moyens globaux transférés à la Communauté française.

Enfin, les dispositifs prévus par les accords de la Sainte-Émilie repercutent sur la Région wallonne les effets du mécanisme de transition et de l'effort d'assainissement supportés par la Communauté française.

3.1.4.2 Estimations des montants disponibles

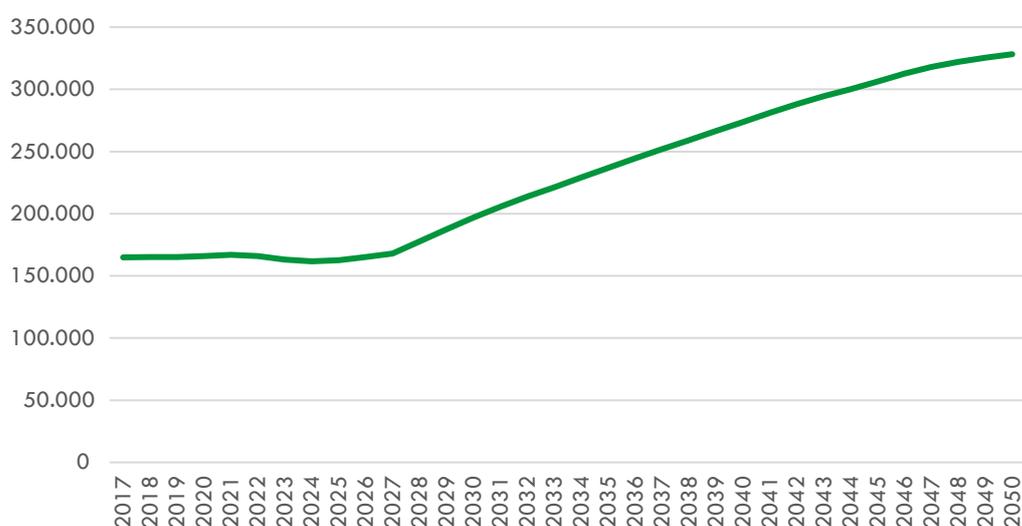
Afin de déterminer les moyens que pourrait percevoir la Région wallonne pour la politique d'aide aux personnes âgées, la Cour a réalisé des projections sur l'évolution de la dotation.

L'estimation de la dotation future a été effectuée à euros constants et en posant l'hypothèse d'une évolution du PIB à raison de 1,5 % par an. Les données relatives à l'évolution de la population âgée sont, quant à elles, issues des projections démographiques du Bureau fédéral du plan.

²²⁴ À partir de 2017, ce lien avec la croissance réelle du PIB par habitant passe de 82,5 % à 65 %. L'impact de l'évolution démographique sera donc plus important sur l'évolution de la dotation.

²²⁵ Aussi, pour l'année 2015, le mécanisme de transition détermine des écarts, tant positifs que négatifs, entre les montants calculés en 2015 sur la base de l'ancien et du nouveau système. Les montants déterminés par ce mécanisme affectant annuellement les dotations sont maintenus constants jusqu'en 2024.

²²⁶ Les écarts, tant positifs que négatifs, entre les montants calculés sur la base de l'ancien et du nouveau système seront ramenés linéairement à 0.

Figure 3 – Évolution de la population de 80 ans et plus

Source : Bureau fédéral du plan

La population de 80 ans et plus stagne, voire diminue légèrement jusqu'en 2026, année à partir de laquelle elle connaît une croissance constante jusqu'en 2050. Les montants de dotation suivent une tendance similaire en affichant une croissance soutenue à partir de 2026.

Tableau 7 – Évolution de la recette de la Région wallonne : projections à 2030

	2016 définitif	2018 provisoire	2020 ²²⁷ estimé	2022 estimé	2024 estimé	2026 estimé	2028 estimé	2030 estimé
Recettes estimées (Dotation article 47/7)	1.107.181	1.173.885	1.214.070	1.220.560	1.195.505	1.228.605	1.328.821	1.482.070

Source : Cour des comptes

(en milliers d'euros)

La Cour des comptes souligne que ces estimations n'intègrent pas les mécanismes correcteurs évoqués au point précédent, puisqu'ils s'appliquent à la globalité des moyens transférés au titre des dotations communautaires²²⁸.

En 2017, ces mécanismes ont abouti à une réduction globale d'environ 99,5 millions d'euros pour l'ensemble des dotations concernées par les accords de la Sainte-Émilie. Il est ensuite prévu d'adapter ce montant annuellement au taux de fluctuation de l'indice moyen des prix à la consommation et à la croissance réelle du PIB de l'année budgétaire concernée.

²²⁷ À partir de 2020, la dotation versée à la Communauté française intégrera des moyens jusque-là attribués à l'État fédéral pour l'exercice de compétences restées à sa charge (maximum à facturer). Ces moyens, estimés à 764 millions d'euros en 2019, ne constituent pas a priori des recettes mobilisables pour la politique d'aide aux personnes âgées puisqu'ils devraient couvrir de nouvelles dépenses liées à ces compétences désormais assurées par la Région wallonne. Pour la période de 2015 à 2019, ces montants ont été déduits des montants des dotations repris dans le tableau 7.

²²⁸ Un montant correcteur certain qui s'appliquerait à la seule dotation « personnes âgées » ne peut donc être isolé. Par ailleurs, il est difficile de calculer l'évolution du montant global inhérent aux mécanismes correcteurs.

Compte tenu de leur effet sur les moyens dont pourra disposer la Région wallonne, ces mécanismes correcteurs nécessitent un suivi budgétaire strict qui permette d'anticiper leur évolution.

3.1.5 Conclusions – équilibre financier du système

Le gouvernement wallon a estimé les besoins en matière d'hébergement à 11.907 lits supplémentaires d'ici 2030 et s'est fixé un objectif équivalent dans le plan wallon d'investissements.

Les dernières dispositions réglementaires de mai 2019 prévoient un accroissement de la capacité maximale d'hébergement de 11.300 unités (hors court séjour), soit un volume à première vue comparable à l'objectif du plan wallon d'investissements.

La Cour des comptes souligne cependant que, contrairement à la définition initiale de la capacité maximale de programmation inscrite dans le Cwass, une unité n'équivaut pas à une nouvelle place physique mais à un point de référence budgétaire. Un lit MR correspondrait ainsi à une unité alors qu'un lit MRS devrait, vu son coût, consommer plus d'une unité. Faute de règles d'équivalence et de répartition prédéterminées des unités, le nombre de nouvelles places physiques qui pourront être mises en exploitation grâce à cette extension de la programmation ne peut être évalué. Concrètement, outre la création de 480 lits de court séjour, ce nombre pourrait varier de 0 à un maximum de 11.300 nouveaux lits.

Cette nouvelle conception de la capacité maximale reposant sur des unités participe donc plus d'une logique budgétaire que d'une logique de programmation en fonction des besoins.

La Cour a examiné trois scénarios de répartition des unités en lits MR et MRS. Ainsi, la décision du gouvernement wallon de mai 2019 ne permet pas, à la fois, de créer un nombre de nouveaux lits correspondant à l'estimation des besoins à couvrir d'ici 2030, et de prendre en charge les personnes les plus dépendantes de manière adéquate (par l'ouverture de lits MRS).

Le premier accroissement de capacité entériné en janvier 2020 prendra la forme d'une requalification de 2.266 lits MR en lits MRS. Cette décision répond aux besoins d'une prise en charge plus adéquate de la dépendance mais elle n'augmente pas le parc de lits disponibles. Dans ce contexte, et à politique constante pour les autres formes de prise en charge, l'offre demeurera probablement insuffisante pour couvrir l'évolution présumée des besoins à l'horizon 2030, d'autant que l'ampleur de la demande actuellement insatisfaite devrait encore s'étendre, d'ici là, dans une proportion comparable à l'accroissement démographique du nombre d'aînés. La réflexion sur l'évolution de l'offre des autres formes de prise en charge, en particulier des services d'aide à domicile, ne laisse pas présager une croissance de nature à absorber la demande excédentaire, puisque l'accroissement de ces services est également envisagé sur la base du nombre de bénéficiaires actuels. De plus, il ne tient pas davantage compte de la demande non satisfaite.

Le risque d'insuffisance de l'offre d'hébergement à l'horizon 2030 est donc important. La décision précitée ne permet pas non plus, à plus courte échéance, de satisfaire aux besoins estimés sur la base de l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, soit 4.000 lits supplémentaires d'ici 2025.

Sur le plan budgétaire, les prévisions pluriannuelles de dépenses afférentes à la politique d'hébergement et de soins aux personnes âgées (volets soins et infrastructures) connaissent une augmentation notable par rapport aux budgets actuellement engagés.

Toutefois, les chiffres des dépenses, tant pour l'infrastructure que pour le fonctionnement, doivent être interprétés avec toutes les réserves évoquées dans le présent rapport, parmi lesquelles :

- le caractère peu prévisible du rythme d'ouverture des nouveaux lits ;
- la difficulté de déterminer des coûts précis ;
- les incertitudes qui pèsent sur le nouveau système de financement et sur le nombre de nouveaux lits qui seront finalement mis en exploitation dans le cadre de l'augmentation de capacité.

Les projections budgétaires manquent donc de maturité et elles ne constituent dès lors pas une aide suffisante à la prise de décision. Elles gagneraient à être actualisées, par exemple sous la forme de scénarios alternatifs, pour tenir compte des derniers développements de la politique.

La Cour a établi des projections pour les montants liés à la dotation « soins aux personnes âgées » dont la Région wallonne pourrait disposer, en considérant toutefois, d'une part, que les recettes afférentes aux dotations n'ont pas à être nécessairement affectées aux politiques concernées et, d'autre part, qu'il ne peut être tenu compte des mécanismes correcteurs qui, en vertu de la loi de financement et des accords de la Sainte-Émilie, réduisent les montants transférés par la Communauté française à la Région wallonne²²⁹. Les prévisions de la Cour visent à estimer dans quelle mesure les moyens issus de la dotation permettraient de couvrir les dépenses de fonctionnement à l'horizon 2030²³⁰ et, en corollaire, quels seraient les moyens financiers qu'il conviendrait de dégager complémentirement, sur toute autre partie du budget, pour la politique actuelle et à venir ou, a contrario, les moyens excédentaires qui seraient disponibles pour mener d'autres politiques.

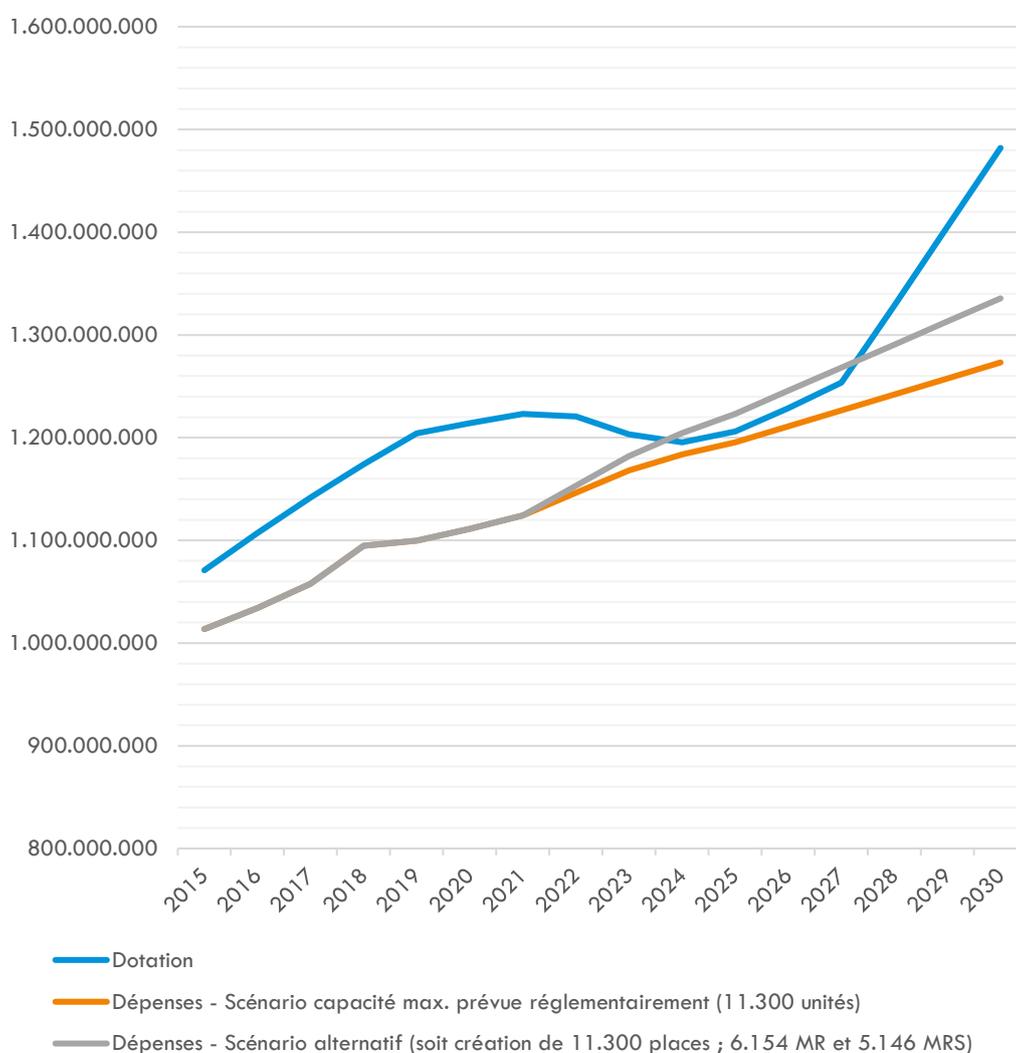
Ces prévisions sont fondées sur une activation complète de la programmation actuelle des lits d'ici 2025 (49.659 lits), le financement de 480 places de court séjour et le financement de 11.300 unités d'ici 2030²³¹, soit la réalisation d'un scénario conforme aux décisions réglementaires du 16 mai 2019 définissant la capacité maximale de lits MR, MRS et de court séjour.

²²⁹ Cette réduction peut varier entre 0 et 99,5 millions d'euros en 2017. L'évolution de cette fourchette ne peut être évaluée mais devrait logiquement augmenter selon les chiffres de la croissance.

²³⁰ Comme la dotation couvre des dépenses initialement destinées à l'APA, elles sont aussi intégrées au total des dépenses prévisionnelles.

²³¹ Le coût unitaire annuel d'une place est estimé à 12.045 euros (forfait journalier moyen de 33 euros), soit un coût total annuel de 136 millions d'euros dès l'activation de toutes les places.

Figure 4 – Projections sur l'évolution des moyens liés à la dotation « soins aux personnes âgées » au regard de l'évolution des dépenses d'hébergement (fonctionnement)



Source : Cour des comptes

(en euros)

Compte tenu des décisions adoptées jusqu'à présent, le financement du fonctionnement (volet « soins ») pourrait être couvert par les moyens issus de la dotation « soins aux personnes âgées ». Sur la période de 2024 à 2027, l'excédent dégagé varie de 12 à 27 millions d'euros, ce qui constitue un risque pour la suffisance effective des moyens.

Néanmoins, le coût de cette politique peut s'avérer plus important, pour les raisons suivantes :

- Les moyens effectivement transférés à la Région seront inférieurs au montant retenu dans ces simulations du fait des mécanismes correcteurs de la loi de financement et des accords intra-francophones. Pour rappel, en 2017, ces mécanismes ont abouti à une réduction globale d'environ 99,5 millions d'euros pour l'ensemble des dotations concernées par les accords de la Sainte-Émilie.
- Le nombre maximum de nouvelles places physiques d'hébergement créées s'élèvera à 11.300 pour autant qu'il ne s'agisse que de lits MR. La figure présente dès lors un scénario alternatif dans lequel 11.300 lits seraient mis en exploitation, mais cette fois avec une proportion de lits MRS identique à celle observée actuellement (soit 6.154 lits MR et 5.146 lits MRS). Un déficit apparaît sur la période 2024-2027, avec une valeur maximale de 17 millions en 2025 et 2026.
- L'augmentation importante de la recette estimée en fin de période (à partir de 2026) s'explique par la progression tout aussi importante du nombre de personnes de 80 ans et plus, et donc de leurs besoins. Si un solde positif se dégage ainsi à partir de 2028, la Cour considère néanmoins que la croissance des besoins nécessitera la mobilisation de ces moyens complémentaires. Pour rappel, si le nombre de places évolue au même rythme que la population âgée, 22.000 places supplémentaires devraient être mises en exploitation entre 2030 et 2040.
- Cet exercice de prospective reste sujet à de nombreuses inconnues sur la validité des paramètres retenus (PIB, forfait moyen, etc.), l'évolution des dépenses APA, le résultat effectif des mécanismes correcteurs, etc.

À ces dépenses de fonctionnement devront encore s'ajouter celles en infrastructures²³², tant pour l'ouverture de nouveaux lits que pour la rénovation du parc existant. Le montant de ces dépenses dépend encore largement de choix qui n'ont pas encore été arrêtés.

Consciente des limites de tout modèle prévisionnel, la Cour des comptes considère toutefois que le coût de la politique de prise en charge résidentielle des personnes âgées augmentera inévitablement dans les décennies à venir. La décision du gouvernement wallon de mai 2019 entend d'ailleurs limiter l'évolution de ce coût puisqu'elle ne maintient pas la politique antérieure. Ce constat renforce la nécessité d'adopter une approche globale de la prise en charge des aînés²³³ et de définir une vision claire et des choix stratégiques, y compris à long terme, portant sur les leviers à activer²³⁴. Dans ce contexte, la mise en place d'une gestion prévisionnelle rigoureuse apparaît indispensable pour anticiper les conséquences budgétaires des différents scénarios possibles et, le cas échéant, les besoins de financement qui en découlent.

²³² Voir le point 3.1.3.1 Financement de l'infrastructure.

²³³ Identification des besoins et réponse ciblée par les différents types de prise en charge, à savoir hébergement, aide au domicile et formes intermédiaires/alternatives.

²³⁴ Prise en charge des profils de dépendance, modification de l'âge d'entrée en institution, type de besoins couverts, renforcement de l'aide à domicile, développement de formes alternatives et intermédiaires, etc.

La déclaration de politique régionale 2019-2024 annonce les orientations du gouvernement actuel en matière d'accueil et d'hébergement :

- une diversification de l'offre de lieux de vie de manière à retarder ou empêcher l'entrée dans des institutions pour personnes âgées (MR-MRS) par leur accueil dans des quartiers et villages intergénérationnels, et au moyen de toutes les formes de cohabitation en milieu de vie ;
- une diversification de l'offre de structures d'accueil et d'hébergement (maisons de repos et de soins, courts séjours, résidences-services sociales, maisons communautaires, etc.) ;
- un soutien à des projets innovants entre le domicile et la maison de repos classique, alternatives aux structures résidentielles de long séjour pour les aînés qui ont besoin d'une aide ponctuelle ;
- en conséquence, une révision de la programmation 2021-2031 (11.300 unités de lits MR et MRS et 480 lits de court séjour) adoptée sous la précédente législature pour réaliser les objectifs précités en matière de diversification de l'offre.

La Cour relève que ces orientations sont positives dans la mesure où elles évoluent par rapport aux pratiques antérieures qui ne permettaient pas de répondre à la transition démographique de manière satisfaisante et à un coût supportable. Toutefois, la mise en œuvre de ces orientations doit, sans tarder, être encadrée par une démarche de planification solide, fondée sur une analyse des besoins et dotée d'objectifs clairs et phasés dans le temps.

3.2 Développement de l'offre de prise en charge en aide à domicile

3.2.1 Orientation politique

Selon la déclaration de politique régionale 2019-2024, le gouvernement wallon fera une priorité du maintien au domicile des personnes en perte d'autonomie qui le souhaitent. À cette fin, il amplifiera 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. 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.

Sous la législature précédente, les déclarations de politique régionale des gouvernements successifs actaient le principe de la mise en place d'une assurance autonomie avec, pour objectif, « *de déployer une couverture sociale inédite afin de répondre aux besoins liés à l'allongement de la vie et à la perte d'autonomie* »²³⁵. Déposé en mars 2019 au Parlement wallon, le projet de décret y afférent n'a toutefois pas été adopté durant la législature 2014-2019²³⁶.

Si le projet d'une assurance autonomie semble actuellement écarté, la Cour a néanmoins jugé utile d'examiner les travaux d'élaboration de cet instrument de politique publique.

²³⁵ Projet de décret relatif à l'assurance autonomie et portant modification du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, 1328 (2018-2019) – N° 1 (résumé). Pour plus de détails sur la couverture de ce projet, voir l'annexe 6 – *Précisions relatives au projet d'assurance autonomie*.

²³⁶ Le gouvernement wallon a approuvé les orientations relatives à l'instauration de cette assurance le 2 juillet 2015, approbation suivie de deux notes cadres de juillet 2016 et octobre 2017.

Les faiblesses constatées sont en effet susceptibles d'affecter toute politique qui viserait à amplifier l'offre de services pour répondre aux besoins croissants.

3.2.2 Anticipation de l'évolution des besoins

3.2.2.1 *Les lacunes incontournables du système d'information actuel*

L'anticipation de l'évolution des besoins constitue un élément de base indispensable à l'élaboration de toute nouvelle intervention de politique publique. Elle doit se baser sur une connaissance solide des besoins existants et des publics cibles, ainsi que des caractéristiques de l'offre actuelle.

Tel que déjà relevé dans le présent rapport²³⁷, cette connaissance fait actuellement défaut. Le système d'information ne permet notamment pas d'obtenir des données aisément exploitables sur le niveau de dépendance des bénéficiaires des Safa. L'ampleur des besoins partiellement ou non satisfaits est également inconnue.

Dans le cadre du projet d'assurance autonomie, le cabinet d'actuariat mandaté pour déterminer le nombre de bénéficiaires potentiels jusqu'en 2040²³⁸ a d'ailleurs été confronté, dans ses analyses, aux lacunes du système d'information, sans néanmoins pouvoir y remédier de manière satisfaisante.

L'actuaire a notamment indiqué que, à défaut de données disponibles au sein de l'administration, il avait « *dû faire preuve, en conséquence, d'une certaine créativité pour pouvoir scorer les bénéficiaires dans une échelle de dépendance* » au départ de données collectées au sein des Safa²³⁹. Il relevait aussi « *qu'il est très difficile d'évaluer le nombre de personnes dépendantes en Wallonie car l'offre actuelle est morcelée et complexe : multiples banques de données, différents niveaux de pouvoir et des critères d'accès aux services inhomogènes* ». Par conséquent, « *la méthodologie générale induit indubitablement une marge d'erreur potentielle* ». Il s'agissait toutefois de la seule estimation possible compte tenu de l'indigence des données.

²³⁷ Voir le point 2.3.1 *Besoins satisfaits* et le point 2.3.2 *Besoins insatisfaits*.

²³⁸ Ces études avaient pour but de déterminer le taux de prévalence de la dépendance, actuel et futur (compte tenu du vieillissement démographique). Ce taux se définit comme « la proportion de personnes en perte d'autonomie à un moment donné par âge et par sexe ».

²³⁹ Données collectées via l'enquête sociale menée par les Safa et relatives à l'âge, au sexe, aux revenus et aux limitations de capacité. L'administration n'est pas en possession de ces données qui ont été transmises, à l'actuaire, par les fédérations de Safa. L'actuaire indique avoir récolté un ensemble de données anonymisées (17 fichiers au total) concernant environ 80 % des personnes ayant bénéficié des prestations Safa en 2017 dans le cadre de l'activité d'aide familiale. Pour évaluer le niveau de dépendance, il a converti les données brutes sur les limitations de capacité des bénéficiaires (difficultés de déplacement, pour se nourrir, en matière d'hygiène personnelle, ...) en un niveau équivalent de dépendance sur l'échelle de Katz, sans disposer nécessairement d'informations suffisantes.

Par ailleurs, les données exploitées par le cabinet d'actuariat restent partielles, ce qui rend toute extrapolation problématique²⁴⁰. Comme les données extraites des dossiers sociaux sont, selon l'actuaire, « *très disparates et incomplètes* », il a pu croiser le degré de dépendance, le niveau de revenus, et l'âge seulement pour 13 % des bénéficiaires²⁴¹. Cette méthode d'échantillonnage ne garantissait donc pas une représentativité suffisante des différentes strates de bénéficiaires, en fonction de leur niveau de dépendance ou de leur âge.

Les lacunes demeurent et, à défaut d'y remédier, elles affecteront l'élaboration de toute politique poursuivant les mêmes objectifs.

3.2.2.2 *Le ciblage des besoins à prendre en charge*

Il convient ensuite de s'assurer que la politique détermine clairement les besoins qu'elle entend satisfaire, d'une manière adéquate pour les bénéficiaires et pour les pouvoirs publics.

Dans le cas du projet d'assurance autonomie, alors que la connaissance des besoins d'un public âgé et dépendant était déjà précaire, la couverture envisagée, initialement réservée à « tous les aînés de Wallonie » en état de dépendance grave et prolongé, a progressivement évolué.

Au final, elle prenait en charge, quel que soit l'âge, tous les niveaux de dépendance, y compris les plus faibles, et tous les types de dépendance, physique, psychique ou sociale. Ceci couvrait donc l'ensemble des bénéficiaires actuels des Safa dont certains ne sont dépendants ni physiquement ni psychiquement, ni même âgés, pour une partie d'entre eux²⁴².

Si l'échelle de Katz détermine des niveaux de dépendance physique et psychique, la notion de dépendance à caractère social reste particulièrement floue. Par déduction, elle affecte, au minimum, la catégorie des usagers des Safa qui, quel que soit leur âge, ne présentent pas de signes de dépendance physique ou psychique (catégorie O) ; soit 46 % des bénéficiaires pour lesquels il n'existe aucune autre information (hormis une répartition par niveau de revenus)²⁴³.

À défaut de données et d'analyse relatives à la dépendance sociale, tout exercice de projection demeure contestable. Ce type de dépendance nécessite un examen d'autant plus spécifique qu'elle n'évolue pas uniquement en fonction de variables démographiques ou sanitaires, mais aussi économiques ou sociétales. Plus fondamentalement, la prise en charge de cette

²⁴⁰ Les données exploitées concernaient 80 % des bénéficiaires en 2017 et ne portaient que sur les prestations des aides familiales ; aucune donnée n'était disponible sur les bénéficiaires et prestations d'aide-ménagère et de garde à domicile (voir partie 1). L'actuaire s'est basé sur le nombre d'ETP d'aides familiales, gardes à domicile et aides-ménagères sociales pour extrapoler le nombre de bénéficiaires d'un service de garde à domicile et d'aides-ménagères. Ce type d'extrapolation s'avère problématique, car le nombre moyen d'heures prestées auprès des bénéficiaires varie entre les trois services prestés.

²⁴¹ Ce qui, en principe, ne concerne que 10 % des bénéficiaires, puisque les données exploitées au départ n'en concernaient que 80 %.

²⁴² Le projet d'assurance autonomie wallon couvrait tout le spectre de la perte d'autonomie, définitive ou momentanée, qu'elle soit liée au handicap, au vieillissement, à la santé et au contexte social. Les projections financières prévoyaient d'ailleurs que l'intégralité du budget consacré aux Safa soit affecté à l'assurance autonomie, ne laissant, par conséquent, aucune marge pour la prise en charge d'autres catégories de bénéficiaires.

²⁴³ Notamment quant à leur âge ou leurs besoins spécifiques.

dépendance sociale devrait s'appuyer sur une objectivation des besoins sous-jacents et des différents moyens de la réduire d'une manière efficace et efficiente.

Quel que soit le type d'intervention publique, le système d'information actuel n'a donc pas atteint un degré de maturité permettant d'offrir une photographie fidèle de la réalité actuelle, étape indispensable à l'élaboration de projections sur le nombre futur de bénéficiaires d'une politique ciblée.

Au départ d'une connaissance approfondie de la situation existante, l'évolution des besoins futurs devraient pouvoir être expliquée au moyen des paramètres qui l'influencent dont, au premier chef, l'évolution démographique. Or, les projections du nombre de bénéficiaires réalisées dans le cadre du projet d'assurance autonomie augmentaient de manière linéaire, ce qui ne correspondait pas aux projections démographiques établies par le Bureau fédéral du plan²⁴⁴. Le cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé de l'époque n'a toutefois pas pu donner d'informations précises sur le calcul du taux de croissance (constant) appliqué, alors qu'il s'agit d'un paramètre essentiel²⁴⁵.

3.2.2.3 *Risque de sous-estimation de la demande future à défaut de prise en compte des besoins insatisfaits*

Toute projection devrait également prendre en considération l'existence éventuelle de besoins insatisfaits, qui ne feront d'ailleurs que croître proportionnellement au vieillissement de la population.

Dans le cadre du projet d'assurance autonomie, la demande insatisfaite n'a pas été prise en compte, ce qui s'avérait d'autant plus problématique que la cotisation versée par les citoyens ouvrait, en contrepartie, un droit à la prestation de services. Cette participation financière, et la campagne de communication qui allait être organisée pour faire connaître le dispositif²⁴⁶, allaient pourtant inciter les bénéficiaires « dormants », ou insuffisamment satisfaits, à exprimer leur demande, qui aurait dû être honorée. Actuellement inconnue, la demande latente n'a pas été suffisamment prise en compte dans la détermination des besoins actuels ni, *a fortiori*, dans les projections du gouvernement.

Un tel phénomène d'expansion de la demande, consécutif à la mise en place d'une nouvelle mesure, peut être significatif. À titre d'illustration, l'entrée en vigueur, en 2001, de l'assurance dépendance flamande qui, contrairement au projet wallon, ne couvre que la grande dépendance²⁴⁷, s'est accompagnée d'un accroissement progressif du nombre de bénéficiaires résidant à domicile bien supérieur à la croissance de la population flamande (âgée ou non)²⁴⁸. Dans des conditions identiques au contexte flamand, en 2035²⁴⁹, soit après quinze ans de mise en œuvre de l'assurance autonomie wallonne, le nombre de bénéficiaires

²⁴⁴ Voir l'annexe 6 – *Précisions relatives au projet d'assurance autonomie*.

²⁴⁵ Il estimait qu'il pourrait s'agir d'un croisement des données démographiques avec des données liées aux tendances constatées dans des pays comparables.

²⁴⁶ Voir note au gouvernement du 21 juin 2018, qui prévoyait « [d']orchestrer une campagne de communication adéquate afin d'informer la population wallonne sur ce nouveau dispositif de sécurité sociale, de ses obligations mais surtout de ses droits ».

²⁴⁷ Minimum de niveau B sur l'échelle de Katz.

²⁴⁸ Pour les détails, se référer à l'annexe 6 – *Précisions relatives au projet d'assurance autonomie*.

²⁴⁹ Sur la base des perspectives démographiques du Bureau fédéral du plan sur la population wallonne.

wallons fortement dépendants aurait ainsi pu s'élever à 116.000, soit six fois plus que le nombre prévu (19.358 bénéficiaires) dans les simulations du gouvernement wallon pour cette même année²⁵⁰.

Ce phénomène d'expansion de la demande de prise en charge est aussi applicable aux autres catégories de bénéficiaires²⁵¹. C'est notamment le cas, dans le projet d'assurance autonomie, pour ceux en situation de dépendance sociale. Faute d'une définition précise et opérationnelle de ce type de perte d'autonomie, il était difficile d'estimer le potentiel d'expansion de cette demande d'origine sociale²⁵².

Les projections sur le nombre de bénéficiaires à l'horizon 2040 étaient donc construites sur des bases fragiles et devaient être envisagées avec les plus grandes réserves.

Compte tenu de ces différents éléments et du peu de maîtrise du volet prospectif de la politique, il était particulièrement risqué d'ouvrir de nouveaux droits dans un système assurantiel à la couverture aussi vaste. Le risque de sous-estimation importante du nombre de bénéficiaires, et donc de ne pas pouvoir offrir les prestations promises ou de devoir réformer le système *ex post* (en augmentant les cotisations ou les quotes-parts usagers, en réduisant les prestations, etc.), et d'ainsi fragiliser la confiance du citoyen, était particulièrement élevé.

3.2.3 Anticipation des coûts et des recettes

À défaut de données et de projections fiables quant aux besoins à couvrir, tout exercice de prévision budgétaire comporte nécessairement des fragilités, d'autant plus grandes que les approximations sur les données prospectives sont importantes.

Dans le cadre de l'assurance autonomie, un « simulateur pluriannuel » avait été élaboré pour estimer les dépenses et déterminer les modalités de son financement. Si le modèle était cohérent, il était cependant alimenté par des données peu fiables, tant pour les projections en volume des prestations à couvrir que pour la valorisation de leur coût moyen actuel²⁵³. Le « budget actuariel indicatif » établi à partir de ce simulateur²⁵⁴ ne comportait donc pas d'estimations de dépenses suffisamment maîtrisées pour garantir la viabilité du système.

²⁵⁰ Pour les détails, se référer à l'annexe 6 – *Précisions relatives au projet d'assurance autonomie*.

²⁵¹ Dans les données du gouvernement, les bénéficiaires faiblement dépendants (niveau A sur l'échelle de Katz) représentent une proportion équivalente à celle des bénéficiaires fortement dépendants (soit 27 % selon les données 2017).

²⁵² Bien que ce type de dépendance ne soit pas précisément défini, selon les statistiques de l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique, le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale touche 26,6 % des habitants wallons en 2017, soit environ 960.284 personnes.

²⁵³ Pour rappel, le nombre d'heures prestées par niveau de dépendance et type de services (aide familiale, garde à domicile, aide-ménagère) n'est actuellement pas connu, de même que le coût moyen de chaque type de services. L'évolution du nombre de bénéficiaires et d'heures consommées, globalement et par niveau de dépendance, manque aussi de fiabilité.

²⁵⁴ Budget validé par le gouvernement wallon en sa séance du 21 juin 2018.

Dans la mesure où les moyens budgétaires de cette politique visent principalement à financer le recrutement de la main-d'œuvre²⁵⁵, l'estimation du nombre d'ETP et la capacité de recruter et de former un tel volume de personnel²⁵⁶ sont essentielles. À cet égard, la note au gouvernement du 21 juin 2018 relevait qu'« *actuellement, les services commencent à rencontrer des difficultés à recruter des profils aide familial/garde à domicile, selon les régions* »²⁵⁷.

Pour ce qui concerne l'assurance autonomie, la mise en place d'un système assurantiel offrant une couverture aussi étendue posait des défis additionnels en matière de gestion du personnel, puisqu'il devait être suffisant pour honorer les engagements pris à l'égard des citoyens²⁵⁸, faute de quoi leur adhésion au système risquait d'être ébranlée ; mais il ne devait toutefois pas être excédentaire, auquel cas une partie aurait pu se trouver inoccupée. Dans ce contexte, l'estimation des besoins était, une fois encore, cruciale.

Au niveau des recettes prévues dans le dispositif assurantiel, le caractère non prévisible de certains postes, dont les quotes-parts « usagers », et l'origine encore non déterminée d'une partie du financement faisaient également peser des risques sur la viabilité du système²⁵⁹.

Pour l'avenir, quel que soit le type d'intervention qui sera mise en œuvre, la transition démographique nécessitera des moyens complémentaires dont l'ampleur dépendra de l'étendue des services offerts et de l'intensité de la prise en charge, ainsi que du degré de priorité accordé au maintien au domicile sur le placement en maison de repos. La provenance et la disponibilité de ces moyens doivent, d'ores et déjà, être anticipées notamment au vu du temps requis pour disposer des ressources humaines et budgétaires nécessaires.

3.2.4 Conclusions

Même si le projet d'assurance autonomie n'est actuellement plus à l'ordre du jour, l'analyse de la réflexion qui a été menée par le gouvernement wallon dans ce projet est utile, car elle a mis en lumière quatre manquements majeurs.

Premièrement, les caractéristiques de l'offre et de la demande actuelles (en ce compris de la demande non satisfaite) sont trop peu connues, en raison des nombreuses défaillances du système d'informations en place, et les projections réalisées sur le nombre de bénéficiaires futurs sont peu fiables. Le recours à un prestataire externe n'est d'aucune aide en la matière, puisqu'il est lui-même confronté aux lacunes du système.

Le modèle économique élaboré pour garantir la viabilité de l'assurance autonomie, s'il est cohérent, ne peut pas, sur de telles bases, produire des prévisions valables. Compte tenu du

²⁵⁵ Cette main-d'œuvre recouvre le personnel nécessaire à l'organisation du système (agents administratifs), à la réalisation des évaluations du niveau de dépendance (travailleurs sociaux), et à la prestation des services (aides familiales, gardes à domicile, aides-ménagères).

²⁵⁶ La mise à disposition d'une quantité importante de main-d'œuvre nécessite en effet de planifier rigoureusement une série d'activités, en termes de campagnes d'information, de parcours de formation, etc.

²⁵⁷ La note précisait qu'« *il conviendra de travailler avec le ministre de l'Emploi et de la Formation à la mise en place de cursus de formation afin de pouvoir répondre aux futures demandes d'engagement, qui s'amplifieront encore à l'horizon 2021 au démarrage effectif de l'assurance autonomie* ».

²⁵⁸ De surcroît, la demande exprimée peut varier d'une localisation à l'autre.

²⁵⁹ Pour les détails, se référer à l'annexe 6 – *Précisions relatives au projet d'assurance autonomie*.

manque de fiabilité de l'estimation des besoins à couvrir, et donc des dépenses y afférentes, ainsi que des risques pesant sur la disponibilité des recettes, le financement du projet d'assurance autonomie n'était donc pas assuré. Le risque de devoir a posteriori revoir la couverture à la baisse et/ou augmenter la participation financière des bénéficiaires était élevé.

Deuxièmement, la mise en place d'un système assurantiel, et ce alors que les cotisations des citoyens représentent 13 % des recettes totales du système, entraîne des risques spécifiques. En contrepartie de cette participation financière, les citoyens bénéficiaient d'un droit, en cas de nécessité, aux prestations d'aide familiale, de garde à domicile, et d'aide-ménagère. L'effet d'aspiration de bénéficiaires « dormants » (fortement, faiblement ou non dépendants) ou recevant des prestations qui ne couvrent pas entièrement leurs besoins n'a toutefois pas été suffisamment pris en compte. Le modèle assurantiel n'est pas mis en cause dans son principe mais, tel qu'envisagé, il plaçait la Région devant l'obligation d'assurer des prestations alors que leur volume, et donc leur coût, n'avaient pas été correctement anticipés. Sur le plan opérationnel, la mise en œuvre d'un tel système soulevait également des défis additionnels, en particulier en termes de recrutement et de formation d'une main-d'œuvre suffisante pour répondre aux obligations, mais sans être excédentaire pour autant. Il convient de souligner que, quel que soit le type d'intervention publique, la qualité de l'estimation du nombre d'ETP nécessaire à la couverture des besoins croissants, ainsi que de la capacité de recruter et de former ce personnel sont essentielles.

Troisièmement, dans sa version définitive, l'assurance autonomie offrait, en termes de besoins, une couverture identique à celle offerte par les Safa, à savoir la prise en charge de tous les types et niveaux de dépendance. Cependant, comparativement à la dépendance physique et psychique, la dépendance sociale est un besoin moins objectivé et maîtrisé. Sa prise en charge représente une part substantielle de l'activité des Safa et des besoins qui allaient être couverts par l'assurance autonomie. En effet, les personnes appartenant à la catégorie O sur l'échelle de Katz représentent, en 2017, 46 % de l'ensemble des bénéficiaires des Safa et 35 % du coût du système (105 millions d'euros par an). Enfin, l'évolution de ce type de besoins résulte en partie d'éléments distincts (contexte socio-économique).

Quatrièmement, l'approche prospective adoptée reste cloisonnée dès lors que l'analyse est focalisée sur l'aide à domicile sans tenir compte des effets potentiels des évolutions liées aux autres types d'interventions publiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes : la création de nouvelles places d'hébergement en maisons de repos ou l'augmentation de l'offre des services intermédiaires, entre autres.

Ces quatre faiblesses (déficit informationnel et fiabilité insuffisante des projections budgétaires, naissance d'obligations insuffisamment maîtrisées dans le chef de la Région, diversité des besoins couverts, et approche cloisonnée) rendaient ce projet particulièrement risqué. À défaut d'y remédier, il en serait de même de l'analyse prospective liée à tout nouveau système en la matière.

À ce jour, aucune autre stratégie à moyen ou long terme ne s'est encore substituée au projet d'assurance autonomie, alors que les perspectives démographiques et les besoins qui en découlent demeurent inchangés, de même que les manquements précités.

Tout système efficace et efficient de prise en charge des aînés dépendants devra, à l'avenir, reposer sur un système d'information performant, dont l'administration doit avoir la maîtrise, et faire la clarté sur l'étendue des besoins à couvrir au domicile, tout en tenant compte de l'évolution des moyens budgétaires disponibles. Dans l'hypothèse où le même éventail d'aide ne pourrait être fourni à l'ensemble des demandeurs, les interventions devront nécessairement être réduites, ou ciblées, de manière transparente, sur certains besoins ou bénéficiaires. La Cour des comptes rappelle les difficultés actuellement rencontrées dans la mise en œuvre du principe de priorisation de l'aide à ceux « qui en ont le plus besoin ». La réponse apportée devra aussi être davantage articulée avec les autres formes de prise en charge des personnes âgées (hébergement et formes intermédiaires).

Dans sa réponse, la ministre précise que, depuis 2020, 5 millions d'euros supplémentaires ont été alloués au secteur des Safa. Ce montant permet une augmentation de 171.428 heures annuelles de contingent qui correspondent à une création d'emplois de l'ordre de 142 ETP/an.

Chapitre 4

Conclusions générales et recommandations

De toutes les politiques sociales gérées par la Région wallonne, celle de la prise en charge des personnes âgées via une aide au domicile ou un hébergement en maison de repos (et de soins) est appelée à subir les mutations les plus importantes en raison du vieillissement démographique.

4.1 Contexte actuel : une offre relativement stagnante, des besoins mal connus et en partie non satisfaits

Sur les dix à vingt dernières années, l'offre de services a évolué modérément et à un rythme moindre que celui du vieillissement démographique. Ainsi, le nombre de places en exploitation en maisons de repos (et de soins) a augmenté d'un peu moins de 2.000 places entre 1999 et 2018. Il atteint progressivement la capacité maximale réglementée de 49.659 lits (moratoire), qui n'a, quant à elle, que faiblement augmenté sur la même période (+885 places).

La Cour des comptes observe que des demandes restent insatisfaites, tant au domicile qu'en maison de repos. Leur ampleur et leurs caractéristiques ne sont toutefois pas connues. Plus largement, la Cour fait état d'un manque d'information sur les besoins des personnes âgées en Région wallonne, que ce soit au sujet de leur degré de perte d'autonomie ou des autres besoins nécessitant également une réponse (rompre l'isolement social, occuper un logement mieux adapté, etc.). Ce manque d'information concerne même les bénéficiaires actuels de la politique d'aide aux aînés, en particulier les personnes âgées recourant aux services d'aide à domicile, dont le nombre et les caractéristiques (niveau de dépendance, âge, etc.) demeurent inconnus de l'autorité publique.

4.2 Politique de prise en charge insuffisamment adaptée aux besoins des personnes dépendantes

La politique menée prend en compte les personnes les plus dépendantes, mais ne garantit pas une prise en charge adaptée à leurs besoins. En matière d'hébergement, bien que la Région ait mené une politique de requalification de lits MR en lits MRS durant les vingt dernières années, le nombre de lits MRS en exploitation, spécifiquement dédiés à ce public cible, s'avère encore insuffisant. En 2018, environ 8.000 personnes dépendantes étaient ainsi hébergées sur des lits MR. Pour l'aide à domicile, l'application du principe visant à orienter l'aide prioritairement vers ceux qui en ont le plus besoin n'est, dans les faits, pas vérifiable. Le degré de dépendance n'est d'ailleurs pas objectivé au moyen d'une échelle reconnue.

Par ailleurs, la politique actuelle d'hébergement en maison de repos applique les principes de la liberté de choix des bénéficiaires (entre maintien au domicile et hébergement) et des

opérateurs, et de la mixité au sein des établissements (entre non dépendants et dépendants). Les établissements sont ainsi autorisés à admettre tous les types de résidents, voire à les sélectionner. Dans les faits, le profil de dépendance des résidents au sein des deux types d'établissements est assez proche. De plus, environ 14 %, donc 6.500 personnes hébergées, ne sont pas dépendantes et 17,4 % ne le sont que faiblement. Si leur choix d'entrer en maisons de repos (et de soins) est respecté, des personnes (fortement) dépendantes demeurent en contrepartie sur liste d'attente, et donc privées de l'accès à une prise en charge mieux adaptée à leurs besoins. L'ampleur de ce phénomène (nombre de personnes en attente, durée d'attente, etc.) n'est toutefois pas objectivée, ni aisément objectivable au regard des données actuellement disponibles. Quant à l'aide à domicile, la priorisation entre les différents types de publics ou de besoins à prendre en charge n'est pas davantage clarifiée, ce qui peut constituer une limite à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ainsi, 46 % des bénéficiaires ne présentent pas de perte d'autonomie physique ou psychique.

4.3 Réponses politiques à l'évolution des besoins

Pour répondre aux enjeux du vieillissement démographique, le gouvernement wallon a décidé, en mai 2019, de créer 11.300 nouvelles unités d'ici 2030 en maisons de repos (et de soins). La Cour des comptes observe que cet objectif reste imprécis sur l'orientation stratégique de la politique. En effet, dès lors qu'une unité n'équivaut pas nécessairement à un lit physique, il ne présage ni de l'accroissement effectif du parc de lits disponibles, ni de l'ampleur des requalifications qui permettraient une prise en charge plus adéquate de la dépendance. Puisqu'au moins 2.266 des nouvelles unités seront consacrées à la requalification de lits MR en lits MRS, le nombre de nouveaux lits potentiels sera, en tous cas, insuffisant pour assurer d'ici 2030 une évolution de l'offre d'hébergement en proportion de l'accroissement démographique des personnes âgées, toutes autres choses étant égales par ailleurs. Cette décision ne permet donc pas de répondre à la fois aux enjeux quantitatifs (ouverture de nouvelles places) et qualitatifs (prise en charge adéquate de la grande dépendance) du vieillissement démographique. Dans sa réponse en avril 2021, la ministre a précisé que, conformément aux engagements pris, 2.457 lits MR ont été requalifiés en MRS depuis le début de la législature et qu'un budget a été débloqué pour la création de 1.130 lits MR supplémentaires.

L'autre mesure visant à répondre au vieillissement démographique consiste dans le développement des services d'aide à domicile. Dans ce domaine, un budget additionnel de 5 millions d'euros, adopté dès 2020, a permis une relative augmentation des prestations durant cette législature. La configuration et le développement de l'offre de services n'ont cependant fait l'objet d'aucune autre décision stratégique à moyen et long terme. Ainsi, le projet d'assurance autonomie ouvrant un droit à des prestations de services au domicile dans les situations de dépendance n'a pas abouti lors de la législature 2014-2019.

Dans ce contexte, à politique constante, l'offre globale de prise en charge demeurera insuffisante pour couvrir l'évolution des besoins à l'horizon 2030, d'autant que l'ampleur de la demande actuellement insatisfaite devrait encore s'accroître, d'ici là, dans une proportion comparable, au minimum, à l'augmentation du nombre d'aînés.

4.4 Faiblesses de la réflexion prospective

En termes de prospective, la Cour des comptes constate le défaut de stratégie de l'autorité wallonne pour répondre aux enjeux futurs.

Tout d'abord, l'absence ou la mauvaise qualité des informations ou de leur collecte et de leur traitement empêchent de réaliser des estimations prévisionnelles fiables des besoins à couvrir dans le futur. La connaissance des besoins actuellement couverts (dépendance physique et psychique, entretien de liens sociaux, occupation d'un logement adapté, etc.) est insuffisante, de même que celle de la demande non satisfaite. La réalisation d'études ponctuelles par des prestataires externes ne résout rien en la matière. Ainsi, l'actuaire intervenu dans le cadre du projet d'assurance autonomie a, selon ses termes, dû faire preuve de « *créativité* » pour estimer le nombre de bénéficiaires.

Ensuite, les coûts des nouvelles mesures, entérinées ou non, ne sont pas correctement estimés. Les projections budgétaires réalisées manquent de fiabilité en raison notamment de choix politiques qui n'ont pas été arrêtés, ou de l'opérationnalisation de certaines décisions qui n'a pas abouti. Ainsi, en matière d'hébergement, les simulations n'intègrent pas les incertitudes liées à l'entrée en vigueur du nouveau système de financement public des infrastructures, et donc au nombre d'opérateurs qui solliciteront effectivement une subvention. Plus généralement, les projections budgétaires pâtissent du déficit d'information. Dans un contexte où le nombre de bénéficiaires ne peut être valablement estimé, l'adoption d'un système de type assurantiel présentait d'ailleurs des risques importants, en particulier pour la maîtrise des coûts pour l'autorité publique.

Par ailleurs, les différentes branches de la politique de prise en charge des aînés, voire d'autres politiques connexes (handicap), ne sont pas intégrées. Cette approche cloisonnée s'observe dans les principes mêmes qui régissent les politiques d'aide au domicile et d'hébergement des aînés. En effet, des dispositions distinctes s'y appliquent en termes de mesure de la dépendance, de priorisation de l'aide, de répartition géographique des services ou encore d'accessibilité financière. De plus, les effets croisés d'une décision ou d'un projet sur les autres formes de prise en charge ne sont pas analysés, ni anticipés, alors que ces différents types d'aide sont interdépendants. Par exemple, l'offre de services à domicile n'est pas dimensionnée selon l'offre de lits en maisons de repos (et de soins), et inversement. Faute de vision intégrée, les réponses possibles aux différents types de besoins à couvrir, qu'ils relèvent ou non de la dépendance, ne sont donc pas envisagées dans leur globalité. Ainsi, alors que les formes intermédiaires (court séjour, accueil de jour, etc.) constituent un moyen de prolonger le maintien au domicile, elles sont relativement peu intégrées dans les déploiements envisagés. Il en est de même pour les formes alternatives (habitats groupés, intergénérationnels, etc.), qui ne connaissent pas de véritable développement. Cette logique en silos entrave l'adoption des solutions les plus adaptées, ciblées, efficaces, et novatrices, au moindre coût pour les deniers publics.

Enfin, les projets futurs sont essentiellement envisagés à politique constante. L'augmentation du volume de l'offre n'est en effet généralement pas réfléchi en fonction des besoins réels, car l'analyse ne tient pas compte de la demande insatisfaite. Le système en lui-même reste aussi inchangé dans ses principales composantes. Les missions des opérateurs, les conditions d'accès à l'aide ou encore l'importance relative des différentes formes de prise

en charge sont ainsi globalement préservées. Or, vu l'ampleur des défis qui s'annoncent et les moyens budgétaires disponibles, la capacité de répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes âgées dépendantes nécessite de remettre en cause certains schémas établis.

4.5 Des leviers à activer face aux enjeux grandissants

Afin d'offrir une solution adaptée au plus grand nombre dans un cadre budgétaire maîtrisé, il conviendrait de prendre en compte l'activation de leviers complémentaires pour moduler le système de prise en charge au niveau régional. Ces leviers ont notamment trait aux conditions d'accès aux services (âge des bénéficiaires, niveau de dépendance, etc.), à la participation financière des bénéficiaires ou encore au niveau de subventionnement des diverses formes d'aide. Des combinaisons de ces différents leviers, actuellement inexplorées, pourraient, selon la stratégie envisagée, orienter les comportements liés tant à l'offre qu'à la demande. Par exemple, sans préjuger de l'opportunité de la mesure, une étude a démontré que dans le scénario où l'âge d'entrée en institution serait quelque peu relevé et où les personnes peu ou non dépendantes ne pourraient plus y séjourner, il y aurait un surplus de 7.715 lits en 2030. Dans une vision plus intégrée de la politique, ces personnes pourraient être orientées vers d'autres types de prise en charge, moins coûteuses et plus en adéquation avec leurs besoins réels.

En ce sens, la question du nombre et de la forme des prises en charge doit être abordée dans le cadre d'un ensemble de solutions existantes ou à développer. Les demandes doivent être orientées vers des solutions correspondant à la réalité des besoins, sans nier la liberté individuelle de chacun, ce qui nécessite de calibrer et prioriser les actions.

Certes, l'équation n'est pas aisée à résoudre, compte tenu de l'augmentation des besoins et des capacités financières de la Région. À défaut d'adopter des orientations politiques claires, une forme d'attentisme a été privilégiée, au risque de retarder l'adoption de solutions conventionnelles ou alternatives qui permettraient de mieux répondre au défi du vieillissement.

En conclusion, la Cour des comptes remarque que la politique de prise en charge des besoins des aînés n'a pas encore atteint un degré de maturité suffisant, à court, moyen et long terme, pour répondre aux enjeux humains, financiers et opérationnels posés par le vieillissement démographique. Dans cette matière, tout défaut d'anticipation risque de peser durablement sur les prestations dont pourront bénéficier les aînés dans le futur.

Lors du débat contradictoire, la ministre a fait savoir qu'elle rejoignait les principaux constats relatifs au contexte actuel ainsi que les principales recommandations de la Cour, tel que détaillé dans le courrier repris en annexe du présent rapport. Elle mentionne par ailleurs les différentes actions en cours et en projet contribuant à répondre aux problématiques relevées. Celles-ci sont reprises de manière synthétique en regard des différents points concernés dans le rapport.

Plus généralement, en matière de prospective, la ministre assure mesurer la nécessité d'anticiper des solutions adéquates pour la prise en charge des futures personnes âgées. Elle indique que la réponse aux enjeux du vieillissement devra être basée sur des études

mettant en évidence les besoins des aînés qui tiennent compte de la demande non satisfaite et de l'éventail des besoins à rencontrer. Une priorité sera d'évaluer la demande insatisfaite via notamment la plateforme Plasma afin d'établir des estimations fiables des besoins futurs. Devant le constat de l'absence de système d'information performant permettant des projections fiables, la ministre confirme sa volonté d'aller vers un système de santé davantage numérisé. Elle s'accorde par ailleurs sur la nécessité d'établir des projections des dépenses et des recettes sur la base de prévisions fiables des bénéficiaires et de pouvoir réviser ces projections régulièrement. Il sera, en outre, tenu compte de la recommandation de la Cour de développer, actualiser et pérenniser les modèles et outils existants.

La réponse ministérielle souligne également la volonté d'assurer un pilotage coordonné des politiques basé sur un système d'information efficient ainsi que sur des études ciblées. Afin de mieux orienter les comportements des bénéficiaires vers les solutions les plus adéquates, le souhait est d'élargir les missions des bureaux régionaux de l'Aviq afin que chaque citoyen puisse trouver réponses et solutions tout au long de leur parcours de vie et quel que soit leur trajet de soins.

4.6 Recommandations

La Cour des comptes formule les recommandations suivantes, déclinées sur plusieurs niveaux : le premier définit un objectif à atteindre, ventilé en plusieurs sous-objectifs (deuxième niveau), et le troisième met l'accent sur des éléments plus spécifiques, éventuellement illustrés au moyen d'exemples (texte en italique).

1. **Disposer d'une information de qualité sur les besoins des personnes âgées en Région wallonne, notamment sur leurs demandes de prise en charge, dans l'optique, d'une part, d'évaluer la couverture quantitative et qualitative de l'offre actuelle et, d'autre part, de fournir une base solide aux projections nécessaires à l'élaboration de la politique future.**

- 1.1. Mettre en place, dans le respect des règles régissant la protection de la vie privée, un système pérenne et fiable de collecte et de traitement des données essentielles au pilotage de la politique actuelle et à venir²⁶⁰.

Entre autres :

- 1.1.1. recenser l'ensemble des informations indispensables au pilotage de la politique de prise en charge des personnes âgées (recommandation 4). Ces données concernent autant les caractéristiques des bénéficiaires (âge, niveau de dépendance, niveau de revenus, etc.) que l'offre de services qui leur est dispensée (heures prestées, etc.) ;

- 1.1.2. garantir la collecte périodique de données exhaustives, fiables et harmonisées, et leur centralisation par l'administration. Ce processus doit s'appuyer sur un prescrit réglementaire précisant les informations à recueillir auprès des

²⁶⁰ Nombre de personnes dépendantes, niveau de dépendance, âge, délais de mise en exploitation des lits, demandes en attente, projections démographiques, etc.

opérateurs et autres éventuelles parties prenantes, ainsi que leurs obligations en la matière ;

- 1.1.3. assurer un enregistrement de la demande en attente et/ou non satisfaite de manière à obtenir, au moins à intervalles réguliers, une information centralisée et fiable sur le volume de la demande non satisfaite et les délais d'accès aux services.

Par exemple, dans le secteur du handicap, les demandes d'inscription sont enregistrées sur une liste unique globale et centralisée permettant de mesurer l'ampleur des demandes en attente.

- 1.2. Mener des études ponctuelles qui, en complémentarité avec les données du système d'information, permettront d'affiner la compréhension des besoins et comportements des bénéficiaires potentiels.

Ces études auront pour thème, notamment :

- la connaissance des besoins des personnes âgées dans leur caractère multidimensionnel²⁶¹ et la compréhension des motivations des choix posés (motivations et besoins des personnes non dépendantes hébergées en maison de repos ou aidées au domicile, etc.) ;
- l'adéquation de la répartition territoriale de l'offre analysée à partir d'une combinaison de différents indicateurs (répartition de la demande non satisfaite, taux d'occupation des structures, enquêtes réalisées auprès des résidents, etc.) ;
- la capacité financière des personnes âgées d'accéder à l'offre de services proposée (enquêtes, analyse économique, etc.), et l'effet du système de conventionnement de prix.

2. Décloisonner la politique de prise en charge des personnes âgées

- 2.1. Articuler de manière cohérente les différents types d'aide.

- 2.1.1. Clarifier les missions et les publics cibles des différentes formes de prise en charge en s'assurant qu'elles répondent, de manière adaptée et complémentaire, aux besoins identifiés auprès des personnes âgées.

- 2.1.2. Revoir les aspects organisationnels et financiers de la politique d'hébergement de longue durée pour assurer une prise en charge adaptée des personnes dépendantes.

Par exemple, étudier la possibilité d'unifier les deux types d'établissements d'hébergement de longue durée (MR-MRS), qui, bien qu'hébergeant les mêmes profils de résidents en termes de dépendance, répondent à des normes

²⁶¹ Prestation de soins, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, maintien du lien social, occupation d'un logement mieux adapté, etc.

d'organisation et de financement distinctes. Dans ce système, le financement public des opérateurs pourrait être aligné plus étroitement sur le niveau de dépendance des résidents, comme c'est le cas, par exemple dans le secteur du handicap.

- 2.1.3. Clarifier les facteurs expliquant le (sous-)développement des formes intermédiaires ainsi que la participation des différents secteurs au déploiement de l'offre.
- 2.1.4. Renforcer et soutenir les formes intermédiaires selon les besoins identifiés et compte tenu de leurs possibilités de déploiement.
- 2.1.5. Développer des formes alternatives innovantes (habitats groupés, intergénérationnels, etc.) et/ou décloisonner les formules existantes (développement de résidences-services ouvertes sur les maisons de repos, etc.).
- 2.2. Intégrer les différentes politiques d'aide aux personnes âgées, au niveau stratégique (dans la conception même des principes et objectifs) et opérationnel.
 - 2.2.1. Mesurer les besoins des personnes âgées de manière uniforme, en mettant en place une échelle commune de mesure de la dépendance (ou d'autres besoins) ;
 - 2.2.2. Dimensionner l'offre des différents types de prise en charge en tenant compte des interactions entre les différentes formes d'aide. Les exercices de prospective doivent ainsi prendre en considération les effets du développement d'un type de prise en charge sur les autres formes d'aide. Dans la même optique, la réflexion doit aussi intégrer les solutions (ou les carences) afférentes aux politiques connexes (handicap, santé mentale, etc.) ;
 - 2.2.3. Répartir l'offre territoriale en veillant à une cohérence d'ensemble des différents types d'aide.
 - 2.2.4. Orienter les comportements des opérateurs pour favoriser, de façon globale, l'accessibilité territoriale et financière de l'offre de prise en charge.

Par exemple, concevoir les appels à projet avec un ciblage territorial.

- 2.3. Informer les bénéficiaires potentiels, de manière complète et coordonnée, sur l'offre de services et les orienter vers la solution qui non seulement répond à leurs besoins de manière efficace, mais représente aussi le moindre coût pour la collectivité.

Par exemple, la lutte contre l'isolement social n'implique pas nécessairement de recourir à un hébergement de longue durée ni à un service d'aide à domicile, mais peut aussi reposer, par exemple, sur la fréquentation de lieux collectifs d'accueil (centres d'accueil, maisons d'accueil communautaires, etc.) ou l'occupation d'habitats alternatifs (groupés, intergénérationnels, etc.).

Recenser et communiquer sur l'ensemble de l'offre existante de manière centralisée.

Par exemple, l'offre en accueil communautaire n'est pas recensée alors qu'il s'agit d'une offre similaire aux centres d'accueil de jour.

- 2.3.1. Analyser les demandes des personnes âgées pour objectiver leurs besoins et les orienter vers la solution la plus adaptée.

Par exemple, l'analyse de la demande pourrait s'opérer via un point d'entrée unique où des professionnels dispenseraient une information intégrée et territorialisée couvrant l'ensemble de l'offre (au domicile, en institution, en accueil, etc.)²⁶². Les missions de certains acteurs existants, tels que les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile ou de la plateforme « Bien Vivre chez soi », qui dépend de l'AviQ, pourraient être adaptées ou élargies en ce sens.

- 2.3.2. Orienter les comportements des bénéficiaires vers les solutions les plus adéquates (efficientes) au moyen des instruments de politique publique existants (subventions, tarification, etc.).

Par exemple, mener une réflexion sur une modulation de l'intervention publique au bénéfice des résidents des maisons de repos (et de soins) tenant compte à la fois des revenus des bénéficiaires et de leur niveau de dépendance.

3. Revoir la réglementation et les processus administratifs pour accroître la transparence, éviter les charges administratives inutiles et réduire les délais de déploiement de l'offre de services.

- 3.1. Améliorer la qualité de la réglementation, en particulier celle afférente à l'hébergement de longue durée, en veillant à la clarté, la rigueur de l'expression, la cohérence d'ensemble et l'opérationnalité des dispositions.
- 3.2. Évaluer la pertinence des démarches administratives requises tant pour l'administration que pour les opérateurs (utilité des données déclaratives à fournir à l'introduction d'un projet, etc.).
- 3.3. Intégrer davantage les processus administratifs relatifs à l'ouverture de places d'accueil et d'hébergement de façon à harmoniser la transmission de données et les normes à respecter, tout en veillant à minimiser les délais de mise en œuvre des projets.
- 3.4. Assurer la transparence et la robustesse du mode de sélection des projets/opérateurs (définition de critères objectifs et pertinents, élaboration d'indicateurs assurant

²⁶² Le rapport du ministère français des Solidarités et de la Santé, *Concertation Grand âge et autonomie* (mars 2019), recommande que « la simplification des démarches des personnes âgées et des proches aidants repose sur la mise en place de points d'entrée clairement identifiés pour l'ensemble des prises en charge. Il est donc proposé de créer un réseau de Maisons des aînés et des aidants sur l'ensemble du territoire national. Ce guichet unique de la personne âgée et du proche aidant constituerait le lieu d'information, d'orientation, d'accompagnement dans les démarches et d'explicitation des droits. ».

une application égale de la procédure, publicité du mode de sélection et motivation des décisions). À cette fin, privilégier le mode d'appel à projets par rapport au mode d'introduction des demandes en flux continu, puisqu'il assure une meilleure publicité et comparabilité des propositions à une période donnée.

- 3.5. Mettre en place un système de suivi des délais de mise en exploitation des lits en maisons de repos (et de soins), déterminer les causes prépondérantes de retard et mener une réflexion sur les marges d'amélioration potentielles.

4. Mettre en place un réel pilotage stratégique de la politique de prise en charge des personnes âgées.

- 4.1. Assurer un pilotage coordonné de l'ensemble de la politique basé sur un rapportage périodique des éléments clés du dispositif, des études ciblées et des évaluations régulières.

- 4.1.1. Consolider le système d'information (recommandation 1.1) et prévoir des rapportages périodiques pour l'ensemble des maillons de l'offre de services.

- 4.1.2. S'assurer que l'instance de soutien au pilotage politique, en l'occurrence le conseil stratégique et prospective de l'Aviq, soit pérenne, opérationnelle et indépendante, et dispose de ressources suffisantes en personnel et d'une expertise scientifique solide.

- 4.1.3. Mener une réflexion sur les objectifs et les priorités à atteindre, notamment en termes de publics cibles, compte tenu des moyens budgétaires disponibles.

Par exemple, fixer un pourcentage maximum de résidents non dépendants en maisons de repos.

- 4.2. Améliorer la qualité des analyses prospectives menées en s'appuyant sur des données fiables et des variables clés permettant d'élaborer différents scénarios.

- 4.2.1. Développer, actualiser et pérenniser les modèles et outils existants, tels que le VBIH.

- 4.2.2. Alimenter le système de programmation de l'offre à l'échelle régionale en tenant compte tant de l'évolution démographique que de la demande insatisfaite. La répartition territoriale des services devrait aussi être envisagée à l'aune de ces paramètres, en particulier l'évolution démographique future des zones géographiques. La pertinence de l'arrondissement administratif au regard d'autres échelles géographiques (bassin de vie, zone SSID, etc.) mérite également d'être examinée.

Par exemple, comme pour le plan « piscines », les quelques milliers de lits qui seront ouverts d'ici 2030 pourraient, dès maintenant, être répartis géographiquement, ce qui offrirait de la visibilité aux opérateurs et accroîtrait les chances que les volumes fixés pour chaque zone soient complétés au terme

des dix années, et réduirait aussi le risque que certaines zones deviennent excédentaires ou déficitaires en raison de l'admission des dossiers en flux continu.

- 4.2.3. Prendre en compte le paramètre de la solvabilité de la demande dans le développement des services, au risque d'une sous-occupation de l'offre créée (au motif de prix inaccessibles et non d'une absence de besoins).

Chapitre 5

Tableau synoptique des constats et recommandations

Système d'information		Constats	Recommandations
Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport		
		<p>Différentes caractéristiques tant de l'offre de services que de la demande sont inconnues ou ne peuvent être précisément déterminées par l'administration.</p> <p>Sont notamment inconnus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre exact de personnes âgées prises en charge annuellement ; - l'ampleur des demandes non satisfaites et les caractéristiques de cette demande (ex. besoins à rencontrer, volume d'aide nécessaire, etc.). - En particulier pour les Safa, qui s'adressent à différents publics cibles, aucune centralisation des données n'est assurée concernant : - l'âge des bénéficiaires, et donc le nombre de personnes âgées réellement aidées dans le cadre de ces prestations ; - le niveau de dépendance des bénéficiaires, lequel n'est pas évalué au moyen d'une échelle reconnue, pas plus que leur type de dépendance. Le nombre relativement élevé de bénéficiaires concerné par la dépendance sociale (non dépendants physiquement ni psychologiquement) est ainsi inconnu ; - le nombre de bénéficiaires de garde à domicile et d'aide-ménagère, ainsi que le nombre d'heures prestées. <p>Outre la prise en charge de la dépendance physique ou psychique, les autres besoins des personnes âgées, tels que le besoin de rompre l'isolement social, d'occuper un logement adapté, etc., restent insuffisamment objectivés.</p>	<p>Mettre en place un système pérenne et fiable de collecte et de traitement des informations indispensables au pilotage de la politique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recenser l'ensemble des informations indispensables au pilotage de la politique de prise en charge des personnes âgées ; • Garantir la collecte périodique de données exhaustives, fiables et harmonisées, et leur centralisation par l'administration ; • Assurer un enregistrement de la demande en attente et/ou non satisfaite qui pourra être globalisé à l'échelle de la Région. • Mener des études ponctuelles notamment sur les besoins et le comportement des bénéficiaires potentiels ; • Associer le conseil Stratégie et Prospective créé au sein de l'AviQ à cette démarche d'amélioration de la connaissance de la demande.
Couverture des besoins par l'offre actuelle			
Offre relativement stagnante en termes quantitatifs	MR/MRS	<p>Sur les vingt dernières années, l'offre de lits en maison de repos (et de soins) a été relativement statique, en raison notamment d'un moratoire. Durant cette période, le nombre de lits a proportionnellement moins augmenté que la population âgée. En revanche, l'accent a été mis sur la requalification de lits MR en lits MRS, pour améliorer la prise en charge de la grande dépendance.</p> <p>L'offre globale d'aide à domicile ne peut être précisément circonscrite faute de données sur les acteurs privés.</p> <p>Les crédits budgétaires octroyés aux Safa ont augmenté de 15 %, à euros constants, entre 2008 et 2018. Il est toutefois impossible de confronter cette augmentation à l'évolution de la demande, en ce compris la demande insatisfaite, puisqu'elles sont inconnues.</p>	<p>Intégrer les informations sur l'offre et son évolution dans les décisions prospectives sur le développement de l'offre de prise en charge.</p>
	AD	2.2.2	

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
Offre actuelle insuffisante par rapport à la demande	2.3.2		<p>L'offre actuelle est insuffisante pour couvrir les demandes exprimées ; plusieurs éléments pointent l'existence de demandes de prise en charge insatisfaites.</p> <p>L'ampleur, les caractéristiques et les besoins spécifiques de cette demande non rencontrée sont inconnus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer ces informations dans les décisions prospectives sur le développement de l'offre de prise en charge. Assurer un enregistrement de la demande en attente et/ou non satisfaite pour en avoir une connaissance globalisée.
Offre qui n'est pas nécessairement adaptée aux besoins (niveau de dépendance)	MR/MRS	2.3.3.1	<p>En hébergement, le profil de dépendance de la patientèle des MR et MRS est relativement semblable.</p> <p>Aussi, 8.000 personnes dépendantes occupent des lits MR, dont 4.000 dans des établissements MR, qui n'offrent pas la prise en charge la mieux adaptée à leur situation.</p> <p>Selon le type d'établissement fréquenté, voire de lit occupé, la prise en charge des résidents dépendants sera plus ou moins adaptée et financée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mener une réflexion sur les objectifs à atteindre et les priorités à respecter, notamment en termes de publics cibles, compte tenu des moyens budgétaires disponibles. Clarifier ces objectifs et priorités. Informar les bénéficiaires et les orienter vers les solutions les plus adéquates (efficaces).
	MR/MRS	2.3.3.1	<p>En l'absence de principes de priorisation de l'aide, des personnes dépendantes restent sur liste d'attente et sont privées d'une prise en charge alors que des personnes non dépendantes sont prises en charge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Objectiver le degré de dépendance au moyen d'une échelle commune et reconnue. Aligner davantage le niveau du financement des établissements sur l'état de dépendance des résidents (sans faire intervenir le type de lit occupé).
	AD	2.3.3.2	<p>La réglementation prévoit que l'aide doit être prioritairement octroyée à ceux qui en ont le plus besoin mais, en pratique, aucune assurance ne peut être donnée pour cette aide prioritaire. Des personnes non dépendantes physiquement ou psychologiquement sont prises en charge, tandis que des personnes dépendantes restent en attente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adapter le système actuel en assurant une répartition de l'offre, non plus basée sur les arrondissements, mais sur des zones territoriales plus pertinentes. Prévoir une répartition des lits qui tienne compte de l'évolution future du nombre d'âinés dans les zones déterminées. Orienter l'ouverture des places dans les zones déficitaires en recourant aux appels à projets. Encadrer davantage les procédures de cessions de lits. Obtenir des informations plus pertinentes sur l'accessibilité géographique de la demande, notamment en menant des enquêtes auprès des bénéficiaires actuels.
Accessibilité géographique non garantie	MR/MRS	2.3.4.1	<p>L'accessibilité territoriale des services ne peut s'évaluer sur la seule base d'une répartition territoriale des âinés par arrondissement. D'autres facteurs, relatifs aux comportements des demandeurs (intentions de rapprochement familial), à l'attractivité de certains arrondissements (arrondissements frontaliers), etc. ne sont pas pris en compte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre une démarche réfléchie et transparente sur la localisation et la zone de desserte de nouveaux Safa. Mettre en place un système de collecte et de traitement d'informations permettant de déterminer la demande non satisfaite, et, en particulier, sa localisation. Privilegier le recours aux appels à projets (plutôt que l'introduction continue de dossiers de demandes d'agrément).
	MR/MRS	2.3.4.1	<p>Le système d'attribution des lits, qui vise à une répartition proportionnelle à celle du nombre de personnes âgées dans les arrondissements, ne parvient pas à corriger les déséquilibres parfois marqués dans certaines zones.</p> <p>Cette situation s'explique par différents facteurs, dont le mécanisme de cession des lits, qui déroge aux règles générales de répartition.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adapter le système actuel en assurant une répartition de l'offre, non plus basée sur les arrondissements, mais sur des zones territoriales plus pertinentes. Prévoir une répartition des lits qui tienne compte de l'évolution future du nombre d'âinés dans les zones déterminées. Orienter l'ouverture des places dans les zones déficitaires en recourant aux appels à projets. Encadrer davantage les procédures de cessions de lits. Obtenir des informations plus pertinentes sur l'accessibilité géographique de la demande, notamment en menant des enquêtes auprès des bénéficiaires actuels.
	AD	2.3.4.2	<p>La réglementation ne prévoit pas de mécanisme d'équilibrage territorial des services, mais l'administration a mis en place une méthodologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre une démarche réfléchie et transparente sur la localisation et la zone de desserte de nouveaux Safa. Mettre en place un système de collecte et de traitement d'informations permettant de déterminer la demande non satisfaite, et, en particulier, sa localisation. Privilegier le recours aux appels à projets (plutôt que l'introduction continue de dossiers de demandes d'agrément).
	AD	2.3.4.2	<p>En pratique, la répartition des prestations se rapproche de celle des personnes âgées entre arrondissements. Néanmoins, l'accessibilité territoriale des services ne peut s'évaluer sur cette seule base ; l'ampleur de la demande en attente doit également être examinée pour mieux appréhender les besoins des demandeurs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre une démarche réfléchie et transparente sur la localisation et la zone de desserte de nouveaux Safa. Mettre en place un système de collecte et de traitement d'informations permettant de déterminer la demande non satisfaite, et, en particulier, sa localisation. Privilegier le recours aux appels à projets (plutôt que l'introduction continue de dossiers de demandes d'agrément).

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
Éléments de régulation des prix qui ne garantissent pas l'accessibilité financière	MR/MRS	2.3.5.1	<p>Les hausses de prix sont plafonnées et un nouveau système de prix conventionnés devrait être mis en place (pour les opérateurs qui s'inscrivent dans le nouveau système de financement des infrastructures).</p> <p>Cependant, en dehors du plafonnement de la hausse des prix, le dispositif général n'assure pas de maîtrise des prix : toutes les demandes de hausse de prix sont acceptées et le prix initial des services ne fait l'objet d'aucun encadrement.</p>	<p>Assurer une évaluation des demandes de hausse de prix selon des paramètres économiques qui les justifient objectivement et durablement.</p>
AD	AD	2.3.5.2	<p>L'intervention financière des bénéficiaires dépend des revenus et il est prévu que l'aide doit être prioritairement octroyée aux plus défavorisés.</p> <p>En pratique cependant, aucune assurance ne peut être donnée sur le fait que les bénéficiaires les plus précarisés obtiennent une aide prioritaire.</p>	<p>Opérationnaliser ces principes relatifs à l'accès prioritaire des services et s'assurer qu'ils sont appliqués.</p>
Toutes	Toutes	2.3.5.1 2.3.5.2	<p>Le degré d'accessibilité financière des services est difficile à apprécier sans tenir compte de paramètres complémentaires liés à la demande, en particulier les capacités économiques des bénéficiaires potentiels.</p> <p>L'évolution constante des prix en maisons de repos, supérieure à l'inflation, semble néanmoins indiquer que l'accessibilité financière des places se restreint dans ce secteur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des études spécifiques sur la capacité financière des personnes âgées à accéder à l'offre de services proposée. • Prendre en compte le paramètre de la solvabilité de la demande dans le développement futur des services.
Prospective				
Initiatives adoptées pour répondre aux enjeux du vieillissement démographique	Toutes	3.1.2 3.1.3 3.1.4 3.2.2 3.2.3	<p>Des démarches prospectives ont été entamées et comprennent notamment des études sur l'évolution des besoins et des simulations sur les coûts.</p>	<p>Développer, actualiser et pérenniser les modèles et outils existants, tels que le VBH.</p>
Projections sur les besoins insuffisamment maîtrisées	Toutes	3.1.2 3.2.2 3.1.2 3.2.2	<p>Les projections réalisées sur le nombre de bénéficiaires manquent de fiabilité à cause, notamment, de l'absence d'un système d'information performant. Le recours à des prestataires externes (actuaire) ne permet pas de résoudre cette problématique.</p> <p>Les projections sont établies au départ du nombre de bénéficiaires actuels et non de l'ensemble des bénéficiaires potentiels.</p> <p>La demande actuellement insatisfaite n'est donc pas prise en compte dans la réflexion prospective.</p>	<p>Mettre en place un système pérenne et fiable de collecte et de traitement des informations indispensables au pilotage de la politique et prévisionnelle.</p> <p>Établir des estimations fiables des besoins futurs en tenant compte des prévisions démographiques ainsi que de la demande non satisfaite, voire de la demande dormante (non exprimée mais potentielle).</p>

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
Anticipation des coûts insuffisamment maîtrisée	Toutes	<p>3.1.3 Les modèles économiques développés sont globalement cohérents mais ils n'assurent pas de prévisions fiables des coûts puisqu'ils sont alimentés par des données peu fiables et que, pour certains aspects, l'estimation des dépenses dépend de décisions encore non arrêtées.</p> <p>3.1.4 Les prévisions en recettes comportent aussi des incertitudes.</p> <p>3.2.3</p> <p>3.2.4</p>	<ul style="list-style-type: none"> Établir des projections des dépenses et recettes sur la base de prévisions fiables des bénéficiaires. Réviser ces projections périodiquement selon les décisions entérinées et mettre en évidence, le cas échéant, les limites de l'exercice. 	
Réponses aux enjeux essentiellement envisagés à politique constante	AD	<p>3.2.2 La création de nouveaux droits (système assurantiel) dans un environnement peu maîtrisé constitue un risque majeur. La viabilité du projet d'assurance autonomie n'était donc pas garantie, à moins de revoir la couverture offerte ou le financement du système.</p> <p>3.2.5</p>	<p>En cas d'ouverture de nouveaux droits, s'assurer de la maîtrise de la politique et procéder de manière ciblée et progressive.</p>	
Réponses aux enjeux essentiellement envisagés à politique constante	Toutes	<p>3.1.2 L'augmentation du volume de l'offre n'est généralement pas réfléchie en fonction des besoins réels, la demande insatisfaite étant occultée de l'analyse.</p> <p>3.2.2</p>	<p>Construire la politique sur la base d'une très bonne connaissance des besoins des aînés qui tient compte de la demande non satisfaite et du caractère multidimensionnel des besoins à rencontrer.</p>	
	Toutes	<p>3.1.5 Le système en lui-même reste inchangé dans ses principales composantes (missions des opérateurs, conditions d'accès à l'aide ou encore l'importance relative des différentes formes de prise en charge).</p> <p>3.2.5</p>	<p>Activer des leviers permettant d'orienter tant l'offre que la demande, par exemple les conditions d'accès aux services (âge des bénéficiaires, niveau de dépendance, etc.), la participation financière des bénéficiaires, ou encore le niveau de subventionnement des diverses formes d'aide.</p>	
AD	3.2.2	<p>Dans le projet d'assurance autonomie, la couverture offerte s'est progressivement étendue à tous les bénéficiaires des Safa, y compris les moins dépendants voire les non dépendants, sans objectiver les différents types de besoins rencontrés (notamment la dépendance sociale), ni les manières les plus efficaces et efficientes de les satisfaire.</p>	<p>Mener une réflexion sur les objectifs et priorités à atteindre en matière de prise en charge, notamment en termes de publics cibles, et sur les réponses possibles en tenant compte des moyens budgétaires disponibles.</p>	

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
Pilote de la politique			<p>Les différentes formes de prise en charge des aînés forment un continuum mais sont régies de manière relativement cloisonnée. Des dispositions distinctes s'y appliquent en termes de mesure de la dépendance, de priorisation de l'aide, de répartition géographique des services, ou encore d'accessibilité financière.</p> <p>2.3.6</p>	<p>Intégrer les différentes politiques d'aide aux personnes âgées, au niveau stratégique et opérationnel, et articuler ces différents types d'aide sous la forme d'un continuum allant de l'accompagnement à domicile aux soins en structures d'hébergement, en passant par les formes intermédiaires de prise en charge. A cet effet, il convient de :</p> <ul style="list-style-type: none"> clarifier les missions et les publics-cibles des différentes formes de prise en charge en s'assurant qu'elles répondent, de manière adaptée et complémentaire, aux besoins identifiés auprès des personnes âgées ; mesurer les besoins des personnes âgées de manière uniforme, en mettant en place une échelle commune de mesure de la dépendance (ou d'autres besoins).
Absence de vision intégrée qui entrave l'adoption des solutions les plus efficaces, efficaces et novatrices	Toutes	3.1.5 3.2.5	<p>En matière de prospective, les réflexions sont conçues de manière cloisonnée, c'est-à-dire sans prendre en considération les incidences mutuelles que les développements d'un pan de l'offre ont sur les autres composantes.</p>	<p>Dans les exercices de prospective, prendre en considération les effets du développement d'un type de prise en charge sur les autres formes d'aide.</p> <p>La réflexion doit aussi intégrer les solutions (ou les carences) afférentes aux politiques connexes (handicap, santé mentale, soins infirmiers à domicile, etc.).</p>
		3.1.5 3.2.6 4	<p>Les formes intermédiaires (court séjour, accueil de jour, etc.) et alternatives (habitat intergénérationnel, etc.) sont relativement peu intégrées, voire ignorées, dans les déploiements envisagés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clarifier les facteurs expliquant le (sous-)développement des formes intermédiaires et la participation des différents secteurs au déploiement de ce type d'offre. Renforcer et soutenir les formes intermédiaires dans la mesure des besoins identifiés et compte tenu de leurs possibilités de déploiement. Développer des formes alternatives innovantes (habitats groupés, intergénérationnels, etc.) et/ou décloisonner les formules existantes (développement de résidences-services ouvertes sur les maisons de repos, etc.).

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
	MR/MRS	3.1.2	L'objectif de création de 11.300 unités d'ici 2030 ne permettra pas de répondre à la fois aux enjeux quantitatifs (ouverture de nouvelles places) et qualitatifs (prise en charge adéquate de la grande dépendance) du vieillissement démographique.	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un pilotage coordonné de l'ensemble de la politique basé sur un rapportage périodique des éléments clés du dispositif, des études ciblées et des évaluations régulières.
	AD	3.1.1	Les décisions relatives au type et au nombre de prises en charge sont confiées à un organe (la commission Accueil et Hébergement des personnes âgées du comité de branche Bien-être et Santé de l'Aviq) ne comptant aucun représentant de l'autorité publique.	<ul style="list-style-type: none"> Consolider le système d'information et prévoir des reportages périodiques pour l'ensemble des maillons de l'offre de services. Améliorer la qualité des analyses prospectives menées en s'appuyant sur des données fiables et des variables clés permettant d'élaborer différents scénarios.
Orientations stratégiques peu lisibles et un risque toujours plus important de demandes non satisfaites d'ici 2030	Toutes	3.2.1 4	L'adaptation de l'offre de services d'aide à domicile n'a fait l'objet d'aucune décision stratégique à moyen et long terme. Le projet d'assurance autonomie n'a pas abouti lors de la législature 2014-2019.	<ul style="list-style-type: none"> Mener une réflexion sur les objectifs et les priorités à atteindre, notamment en termes de publics cibles, en tenant compte des moyens budgétaires disponibles. Associer l'administration à l'élaboration des politiques et consulter les parties prenantes tout en réservant les décisions stratégiques à l'autorité publique. S'assurer que l'instance de soutien au pilotage politique (conseil de stratégie et de prospective) soit pérenne, opérationnelle et indépendante, et dispose de ressources suffisantes en personnel et d'une expertise scientifique solide. Orienter les comportements des bénéficiaires vers les solutions les plus adéquates (efficaces) au moyen des instruments de politique publique existants (subvention, tarification, etc.). Orienter les comportements des opérateurs en vue de favoriser, de façon globale, l'accessibilité territoriale et financière de l'offre de prise en charge.
Réglementation	Toutes	2.1.1 2.2.1 2.3.3 2.3.4 3.1.5 Annexe 2	<p>Dans ce contexte, toutes autres choses étant égales par ailleurs, l'offre globale de prise en charge demeurera insuffisante pour couvrir l'évolution présumée des besoins à l'horizon 2030, d'autant que l'ampleur de la demande actuellement insatisfaite devrait encore s'accroître, d'ici là, dans une proportion comparable au minimum à l'accroissement du nombre d'aînés.</p> <p>La réglementation souffre de nombreuses faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> – complexité ; – problèmes conceptuels et terminologiques ; – lacunes, incohérences et imprécisions. <p>Ces faiblesses nuisent à la lisibilité du système, par ailleurs fort complexe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Revoir en profondeur la réglementation, en collaboration avec l'administration, en veillant à la clarté, la rigueur de l'expression, la cohérence d'ensemble et l'opérationnalité des dispositions. Clarifier notamment les critères d'octroi des accords de principe afin de garantir l'objectivité et la transparence des décisions prises. Rendre le système plus lisible.

	Types de prise en charge : Aide à domicile (AD) MR-MRS	Renvoi au rapport	Constats	Recommandations
Infrastructures				
Délais relativement longs de mise en exploitation des lits	MR-MRS	2.2.1.3 2.2.1.4	<p>Le manque de disponibilité des crédits budgétaires constitue une cause parmi d'autres de ces délais (retards de chantiers, obtention de permis, recours, difficultés d'accès au financement, etc.) mais non la principale.</p> <p>Les statistiques sur les délais de mise en exploitation des lits sont inexistantes, en particulier pour les dossiers bénéficiant d'une subvention en infrastructure.</p> <p>L'extension récente du délai de validité des accords de principe à cinq ans (hors prorogation) n'est pas nécessairement pertinente, notamment parce qu'elle supprime le suivi intermédiaire des dossiers qui s'effectuait précédemment après trois ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de suivi des délais de mise en exploitation des lits, en particulier en cas de financement public, déterminer les causes prépondérantes de retard et mener une réflexion sur les marges d'amélioration potentielles. • Prendre en compte la longueur de ces délais dans les décisions prospectives sur le développement de l'offre de prise en charge en hébergement.
Procédure d'octroi des subventions comportant des faiblesses, en partie réglées dans le nouveau système de financement	MR-MRS	2.2.1.4	<p>Une partie des projets sélectionnés dans le cadre du plan « <i>papy boom</i> » comporte des risques accrus de retards, voire de non-réalisations.</p> <p>En effet, des « enveloppes garanties de subvention » ont été octroyées à des établissements qui ne bénéficiaient pas d'accord de principe pour l'ouverture de nouveaux lits, ou dont le projet de construction n'avait pas fait l'objet d'une première approbation ministérielle au stade de l'avant-projet (dossiers incomplets, en cours de traitement, voire inexistant).</p> <p>Le nouveau système de financement des infrastructures va permettre de lever certains freins inhérents à l'ancienne procédure d'octroi de subventions ; les projets retenus n'auront plus à être suspendus dans l'attente de crédits disponibles. Cependant, la transparence des décisions de financement n'est toujours pas assurée : entre autres, aucun critère de sélection et de priorité des projets n'est établi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer et harmoniser davantage les processus administratifs relatifs à l'ouverture de places d'accueil et d'hébergement (octroi des accords de principe et des subventions en infrastructure). • Privilégier le mode d'appel à projets au mode d'introduction des demandes en flux continu. • Réserver la promesse d'un financement public aux opérateurs disposant d'un accord de principe et pour les projets ayant fait l'objet d'une première validation, tout au moins de l'administration.
Gestion administrative				
Charges administratives importantes, parfois inutiles	MR/MRS	2.2.1.2 2.2.1.4	<p>Les procédures d'octroi des accords de principe et d'un financement public en infrastructure génèrent d'importantes charges administratives (gestion de la liste d'attente, données déclaratives non contrôlées a posteriori, révision de dossiers restés en suspens par manque de crédits, etc.).</p> <p>Le nouveau système de financement des infrastructures devrait réduire les charges administratives générées par l'actualisation des projets restés en attente. L'analyse des dossiers sera désormais concentrée sur une période déterminée mais nécessitera une organisation spécifique.</p>	<p>Assurer la transparence et la robustesse de la sélection des projets/opérateurs (définition de critères objectifs et pertinents, élaboration d'indicateurs assurant une application égale de la procédure, publicité du mode de sélection et motivation des décisions).</p> <p>Évaluer la pertinence des démarches administratives requises tant pour l'administration que pour les opérateurs, et les réduire, si possible, en révisant la réglementation et les procédures.</p> <p>Assurer l'efficacité de l'analyse des dossiers en y affectant les moyens nécessaires, notamment humains.</p>

Annexe 1

Réponse de la ministre en charge de la Santé et de l'Action sociale



21 AVR. 2021

Madame Christie MORREALE

LA VICE-PRÉSIDENTE
 MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION
 DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE,
 DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES ET DES DROITS DES FEMMES

Cour des Comptes
Monsieur Philippe ROLAND
Premier Président
Rue de la Régence, 2
1000 BRUXELLES

Vos réf. : F8-3.715.166-L7
 Nos réf : 2021/CM/LL/YH/JM/23/st - 5794

Objet : Audit relatif à la prise en charge des aînés dépendants en Région Wallonne.

Monsieur le Premier Président,

Permettez-moi tout d'abord de vous réitérer nos excuses pour le retard avec lequel nous avons pris connaissance du rapport de la Cour des Comptes mentionné sous objet et vous remercie pour le délai supplémentaire octroyé.

Pour une facilité de lecture, mes réponses ont été rédigées en parallèle des constats de la Cour.

Système d'information

Constat : Système d'information déficient qui n'assure pas une connaissance suffisante de la demande

Réponse :

Ma volonté est de mieux connaître les bénéficiaires des services et infrastructures wallons et cette connaissance nécessite une digitalisation optimale des données.

La Wallonie souhaite en effet disposer des données relatives au secteur de l'aide et des soins à domicile et au secteur résidentiel, connaissances plus que nécessaires afin d'orienter au mieux les politiques afin que ces dernières puissent répondre aux attentes et besoins des citoyens.

Pour pouvoir bénéficier d'une information de qualité sur les activités exhaustives des secteurs et les besoins des personnes âgées, je souhaite développer un système de collecte et de traitement des données en se basant, d'une part sur les rapports simplifiés harmonisés existants (RASH) et sur la poursuite de développement de la plateforme PLASMA.

En effet, en réponse aux besoins de la crise sanitaire, l'AVIQ a développé un outil d'encodage, de traitement et de suivi des données. Cet outil devra faire l'objet d'une amélioration continue en fonction des attentes, tout en s'assurant de la mise à disposition des ressources humaines et matérielles nécessaires pour la mise en œuvre de ce dispositif.

J'ai bien pris note de la proposition de la Cour d'assurer un enregistrement de la demande en attente et/ou non satisfaite de manière à obtenir, au moins à intervalles réguliers, une information centralisée et fiable sur le volume de la demande non satisfaite et les délais d'accès aux services. Une analyse de faisabilité sera réalisée dans le cadre du développement de la plateforme PLASMA.

Nous rejoignons la recommandation de la Cour de mener une première étude sous cette législature ayant pour objectif de cibler les besoins et attentes des futurs bénéficiaires. Des démarches seront entreprises en ce sens.

Pour le secteur de l'hébergement longue durée :

- L'AVIQ publie dorénavant tous les trois ans un rapport permettant une photographie de ce secteur. A chaque édition de ce rapport, les informations sont de plus en plus complètes et les questionnaires s'enrichissent de points relatifs à la qualité ;
- La Cour se pose la question de l'absence de récolte périodique relative au taux d'occupation et propose d'exploiter davantage les données RVT notamment pour le taux d'occupation. Cette proposition fera l'objet d'une analyse avec l'administration compétente. Actuellement, l'AVIQ dispose des données de la période de référence du 1^{er} juillet au 30 juin de l'année n-1 pour la facturation de l'année n. Les taux d'occupation sont disponibles pour cette période de référence par trimestre et par type de places : maison de repos – maisons de repos et de soins – court séjour- centre de soins de jour.

Pour le secteur de l'aide à domicile :

En ce qui concerne les services d'aide aux familles et aux aînés (ci-après SAFA), je rejoins également les recommandations de la Cour des comptes de disposer d'informations exhaustives relatives aux bénéficiaires de ces services. Il est en effet actuellement impossible :

- De déterminer le nombre de personnes âgées, de familles aidées ;
- De différencier le volume d'heures prestées auprès des différents publics ;
- De cibler les besoins des bénéficiaires ;
- D'évaluer la perte d'autonomie des bénéficiaires ;
- De mener des travaux prospectifs et arbitrer des choix politiques.

La Wallonie agréée et subventionne les SAFA dont l'objectif est de permettre aux personnes en perte d'autonomie de rester le plus longtemps possible à domicile. Ces personnes sont aidées par des aides familiales (AF), des aides ménagères sociales (AMS) et des gardes à domicile (GAD).

Il est essentiel pour nous de soutenir le développement informatique au sein des SAFA afin d'une part, de pouvoir offrir aux travailleurs des outils adaptés et efficaces et d'autre part, permettre le flux de données entre les services et l'AVIQ afin que l'administration et le politique puissent avoir une meilleure connaissance du secteur. Pour démarrer cette transition numérique, le Gouvernement wallon a octroyé un forfait de 5000 EUR par service ambulatoire afin de réaliser l'achat de matériel informatique dans une finalité de transition numérique.

De plus, un groupe de travail avec les fédérations est programmé afin de faire un état des lieux de leur capacité informatique, de faire une analyse de leurs attentes et besoins et mettre en place un plan d'actions.

Mon cabinet a également entamé des discussions avec l'AVIQ quant à diverses actions d'amélioration telles que la priorisation de l'aide et l'élaboration pour ce secteur d'un rapport d'activités simplifié harmonisé (RASH), à l'instar des autres secteurs.

Couverture des besoins par l'offre actuelle

Constat #1 : Offre stagnante en termes quantitatifs

Réponse :

Depuis le début de la législature, nous avons évidemment tenu à respecter les engagements de la déclaration de politique régionale. Pour ce faire, 2457 lits maisons de repos ont été requalifiés en lits maisons de repos et de soins et un budget pour 1130 lits MR supplémentaires a été débloqué.

Pour le secteur des SAFA, 5 millions d'euros ont été alloués. Ce qui a permis une augmentation de 171.428 heures sur une année. Ces heures de contingent correspondent à une création d'emplois de l'ordre de 142 ETP/an.

Constat #2 : Offre actuelle insuffisante par rapport à la demande

Réponse :

La crise sanitaire a eu un effet sur le taux d'occupation des lits en maisons de repos et maisons de repos et de soins et ce, en raison du nombre de décès important relevé dans ce secteur durant la première vague de l'épidémie.

En dehors des constats dus à l'actualité, l'insuffisance de l'offre par rapport à la demande est en effet une préoccupation essentielle à avoir. Cette dernière étant observée par le taux d'occupation élevé des lits MR et MRS dans le secteur de l'hébergement.

Pour le secteur des SAFA, nous pouvons conclure également à une insuffisance de l'offre contingentée par rapport à la demande réelle, les services prestant plus d'heures que d'heures subsidiées (275.000 heures dur fonds propres en 2016). Selon le retour des services, des demandes sont refusées faute de contingents disponibles mais ces refus ne faisant pas l'objet d'un enregistrement, nous ne disposons pas d'une évaluation objective des demandes insatisfaites.

Ma volonté est de se baser sur une étude des besoins des bénéficiaires pour mieux orienter les choix politiques.

Constat #3 : offre non nécessairement adaptée aux besoins (niveau de dépendance)

Réponse :

Pour le secteur de l'hébergement, j'ai bien pris note de la remarque de la Cour quant au risque que des résidents n'aient pas la prise en charge adéquate car ne bénéficient pas d'un lit MRS malgré leur état de dépendance. Le souci d'une prise en charge de qualité et équitable est une de mes priorités. Un groupe de travail relatifs aux normes d'encadrement a été interrompu en raison de la crise sanitaire et va reprendre dans les meilleurs délais. Ce groupe de travail poursuivra ses analyses afin que les normes d'agrément et les normes de financement soient identiques tout en garantissant un encadrement en personnel en fonction uniquement du degré de dépendance de la personne et ce, indépendamment du type de lit.

Outre le budget historique de 260 millions dégagés dans le cadre d'un accord socio-sanitaire, j'ai souhaité dès l'initial 2021, soutenir la qualité de l'accompagnement des résidents en MR.S en débloquant un budget récurrent de 8 millions d'euros pour augmenter et diversifier l'encadrement en fonction du projet de vie de l'établissement.

Toujours dans les établissements d'hébergement pour aînés et en raison de la population hébergée au sein des MR et des MRS dont le profil de dépendance est plus en plus similaire, nous avons décidé de financer un médecin coordinateur et conseiller au sein de chaque établissement, alors que jusqu'à présent, seules les maisons de repos et de soins recevaient un financement pour cette fonction.

De plus, j'ai souhaité revaloriser les barèmes des médecins coordinateurs en vue de les aligner sur leurs prestations habituelles et ce, afin d'améliorer l'attractivité de cette fonction essentielle pour une prise en charge de qualité des résidents.

Constat #4 : accessibilité géographique non garantie

Réponse :

Pour le secteur de l'hébergement, j'ai bien pris note des différents constats de la Cour, notamment que le système d'attribution des lits actuel ne parvient pas à corriger certains déséquilibres parfois marqués dans certaines zones et que le critère de répartition géographique n'est pas suffisant pour apprécier l'accessibilité géographique des services. Les diverses recommandations de la Cour telles que la répartition basée sur bassins de vie, l'orientation des ouvertures de places dans les zones déficitaires via des appels à projets ou encore, un meilleur encadrement des procédures de cessions de lits seront étudiées au sein de notre groupe de travail relatif à la révision des normes.

Pour l'aide à domicile, mon cabinet a déjà eu l'occasion d'évoquer avec l'administration l'absence de réglementation relative à un équilibrage territorial. Outre ce point spécifique à l'accessibilité géographique de l'offre, il a été discuté et programmé avec l'AVIQ et les représentants du secteur un travail de modifications réglementaires abordant différents points :

- La mise en place d'une programmation pour encadrer les heures de contingents en fonction de la démographie d'un territoire pour notamment améliorer l'efficacité du système et éviter la surcharge administrative ;
- La mise en place de critères de sélection des dossiers ;
- Dans un souci de simplification administrative, fonctionner par des appels à projets plutôt qu'une introduction continue des dossiers ;
- Il conviendrait également de réfléchir à l'atteinte d'un seuil critique pour un service SAFA comme par exemple 10.000 heures en minimum 3 ans. Et ce, afin de garantir un accompagnement en fonction des besoins des bénéficiaires.

Constat #5 : éléments de régulation des prix qui ne garantissent pas l'accessibilité financière

Réponse :

Pour ce point, les constats principaux de la Cour sont les suivants : l'accessibilité financière des places en MR s'est restreinte ces dernières années et aucune assurance ne peut être donnée sur le fait que les bénéficiaires du secteur de l'aide à domicile les plus précarisés obtiennent une aide prioritaire.

Pour le secteur de l'hébergement, j'ai eu à cœur de m'atteler à ces constats dès le début de la législature, la question de l'équité financière étant une priorité. Un groupe de travail relatif au prix et à son contrôle a été initié dès le mois d'octobre 2019, a été mis en suspens durant la crise et reprendra fin avril 2021.

Concernant l'aide à domicile, j'ai demandé à l'AVIQ de mener à bien les travaux relatifs à la révision des barèmes de contribution des bénéficiaires sans perte de ressources pour les services et ce, en poursuivant l'opérationnalisation de la grille avec les 3 types de barèmes (AMS, AF et GAD) tout en prévoyant une phase de test pour en analyser la pertinence.

L'assurance que les principes relatifs à l'accès prioritaire des services soient bien appliqués sera mise en place lors de l'accès aux données des SAFA via la digitalisation des opérateurs.

De manière générale, nous rejoignons la Cour dans son constat de la difficulté d'évaluer l'accessibilité financière sans connaître les capacités économiques des potentiels bénéficiaires. Une étude sur la capacité financière des personnes âgées à accéder à l'offre de services proposée devra être menée.

Prospective

Constat #1 : initiatives adoptées pour répondre aux enjeux du vieillissement démographique

Réponse :

Des démarches prospectives ont été entamées, notamment des études sur l'évolution des besoins et des simulations sur les coûts. Je prends bonne note de la recommandation de la Cour de développer, actualiser et pérenniser les modèles et outils existants tels que le VBIH. Des contacts vont être pris avec l'Université de Namur afin de prendre connaissance de l'état d'avancement de cette étude.

Je souhaite attirer l'attention sur le fait que la Commission "Accueil et hébergement des personnes âgées" est compétente en matière de politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées, en ce compris les services de gériatrie isolés. Dans le champ de ses compétences, la Commission "Accueil et hébergement des personnes âgées" négocie et conclut des conventions. Cette dernière détermine également les besoins de financement. Sur base de cet avis et en fonction des moyens budgétaires disponibles, il appartient à la Ministre compétente de statuer.

Selon la Cour :

- Créer 11.300 unités ne permet pas de répondre aux enjeux du vieillissement démographique qui sont à la fois quantitatifs (ouverture de places MR) et qualitatifs (prise en charge adaptée de la grande dépendance, requalification MRS). La décision du GW de mai 2019 ne permet donc pas, à la fois, de créer de nouveaux lits en lien avec estimation des besoins à couvrir d'ici 2030 et à prendre en charge les personnes les plus dépendantes via requalification de lits MRS ;
- Risque important, à politique inchangée, d'une insuffisance de l'offre d'hébergement pour couvrir les besoins d'ici 2030 ;
- L'ampleur du vieillissement s'accroîtra encore après 2030. Si on adopte la logique d'augmenter les places en fonction de la population, il faudrait quintupler le nombre de places d'ici 2050.

Il va de soi que nous mesurons la nécessité d'anticiper des solutions adéquates pour la prise en charge des futures personnes âgées.

Constat #2 : projections sur les besoins insuffisamment maîtrisés

Réponse :

En l'absence d'un système d'information performant, les projections réalisées manquent de fiabilité d'où ma volonté d'aller vers un système de santé davantage numérisé – voir infra.

Les projections étant établies au départ du nombre de bénéficiaires actuels et non des bénéficiaires potentiels, une priorité sera d'évaluer la demande insatisfaite via notamment la plateforme PLASMA afin d'établir des estimations fiables des besoins futurs.

Constat #3 : anticipation des coûts insuffisamment maîtrisée

Réponse :

Nous rejoignons la recommandation de la Cour sur la nécessité d'établir des projections des dépenses et des recettes sur la base de prévisions fiables des bénéficiaires et de pouvoir réviser ces projections régulièrement.

Constat #4 : réponses aux enjeux envisagés à politique constante**Réponse :**

La réponse aux enjeux du vieillissement devra être basée sur des études mettant en évidence les besoins des aînés qui tient compte de la demande non satisfaite et de l'éventail des besoins à rencontrer.

Pilotage de la politique**Constat #1 : absence de vision intégrée qui entrave l'adoption des solutions les plus efficaces, efficientes et novatrices****Réponse :****Concernant un système de santé intégrée**

Une majorité des personnes âgées souhaite vivre le plus longtemps possible à domicile malgré une autonomie réduite. La volonté du Gouvernement est de proposer des offres de services et de soins intégrés, complémentaires et flexibles selon les attentes et besoins des bénéficiaires.

Il est nécessaire pour ce faire, afin de garantir une prise en charge holistique et de qualité, d'améliorer les échanges et l'articulation entre les services existants.

Des mesures relatives à la communication doivent dès lors être prises afin de garantir que les données des patients soient partagées entre les différents prestataires de soins selon les besoins et les rôles de chacun, avec accord du bénéficiaire.

Le développement d'outils numériques aura un quadruple impact :

- Pour les bénéficiaires en perte d'autonomie ayant recours à des services d'aide et de soins à domicile, à qui nous pourrions assurer un accompagnement holistique et de qualité ;
- Pour les travailleurs, à qui nous pourrions offrir des outils soutenant et facilitant pour leurs activités du quotidien ;
- Pour les services et les divers prestataires qui travailleront de manière plus intégrée. Les prestataires étant tous les acteurs de l'aide et des soins qui accompagnent le bénéficiaire (médecin généraliste, médecin spécialiste, kinésithérapeute, infirmiers, aides familiaux, gardes à domicile, coordinateurs...);
- Pour la Wallonie, qui aura accès à des données relatives au secteur de l'aide et des soins à domicile, connaissances plus que nécessaires afin d'orienter au mieux les politiques afin que ces dernières puissent répondre aux attentes et besoins des citoyens.

Divers projets sont engagés dans ce sens :

- Digitalisation complète des données de santé de manière structurée. Ambition de transition numérique de la santé en Wallonie via le développement d'un carnet wallon citoyen de santé et de vie afin de prendre soin de chaque citoyen physiquement, psychologiquement et socialement.

Le numérique doit être au service de cet objectif et s'appuyer sur l'existant développé dans le réseau de Santé wallon et tenir compte des projets e-santé fédéraux.

- Développement d'un système de santé intégré sur l'ensemble du territoire wallon qui permettra de répondre à des enjeux à plus long terme tant dans la prévention des maladies chroniques, que l'orientation du citoyen vers le bon acteur ou son accompagnement dans des soins de longue durée. Pour ce faire, nous nous basons sur les initiatives en cours (beHive...) ou à venir (assises de la première ligne). Un des éléments prioritaires pour la mise en place de cette mesure est la taille des réseaux qui doit être suffisante pour intégrer l'ensemble des besoins en santé du territoire couvert. La création d'un tel écosystème coordonné permettra l'inclusion et l'orientation efficace de citoyens, une concertation des projets sur le territoire et une articulation entre les lignes de l'aide et des soins.
- Soutenir le développement informatique des SAFA. Il est également important de soutenir la dématérialisation des outils utilisés au quotidien. Actuellement, les questionnaires papiers ne permettent pas d'extraire des informations relatives aux bénéficiaires des SAFA et il est pourtant indispensable de pouvoir cibler le profil de ces derniers. Il est utile de préciser que des applicatifs, permettant l'encodage des prestations via un smartphone (formulaire e54), ont déjà été développés il y a quelques années. Les SAFA n'étant pas tous au même niveau dans leur développement informatique, ces outils ne sont pas exploités par l'ensemble des acteurs.

Enfin, chaque SAFA déjà outillé développe son propre écosystème : il y a lieu de soutenir la mise en place de l'interopérabilité entre les systèmes, comme c'est déjà le cas pour les acteurs de la santé, avec le Réseau Santé wallon qui permet à chaque établissement de soins de maintenir son propre système tout en favorisant l'échange de données et la sécurité des informations, grâce à un système d'authentification fort.

- J'ai souhaité également déployer un budget complémentaire de 150.000 EUR à l'initial 2021 pour mener une des expériences pilotes au sein de MR et MRS dont l'objectif général est de mettre en place un changement de culture en améliorant, par une approche systémique, le modèle d'accompagnement des aînés au sein de ces structures. Une des valeurs ajoutées de ce projet est d'inscrire les MR.S dans un système intégré de santé en lien étroit avec les acteurs du domicile, l'ambulatoire et les réseaux hospitaliers.

Concernant les formes intermédiaires

La Cour mentionne dans son audit que le montant en accueil de jour est peu élevé. Ce même constat avait été réalisé par le Cabinet, c'est pourquoi, j'ai souhaité au budget initial 2021, indexer ce montant qui ne l'avait plus été depuis 2003 et ainsi encourager les opérateurs publics et associatifs d'initier ce type d'accueil répondant à un réel besoin des aînés en Wallonie et plus particulièrement dans les zones rurales.

Les 5€ de financement des centres d'accueil de jour sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2003. Il y a eu depuis 15 indexations, ce qui porte le montant indexé à 6,73€.

Concernant le court-séjour, les personnes accueillies dans ces lits de court séjour sont de plus en plus fragilisées (profil de dépendance lourd) : convalescence après une hospitalisation par exemple. J'ai également obtenu à l'initial 2021 une, « reconversion » de 30% de places court séjour type maison de repos (MRPA) en court séjour type maison de repos et de soins (MRS).

Les places court séjour ainsi reconverties bénéficieront d'un encadrement en personnel plus important que des places court séjour classique. Les résidents bénéficient donc d'un accompagnement pluridisciplinaire plus approprié, le personnel soignant (infirmier, aide-soignant, kiné, ergo, logo, personnel de réactivation) est plus nombreux pour une charge de travail identique.

Une recommandation de la Cour était de clarifier les facteurs expliquant le manque de développement des formes intermédiaires.

Cette nécessité de mieux comprendre le manque de succès de ces formes intermédiaires a incité l'AVIQ à réaliser deux commandes institutionnelles à des étudiants en master en ingénierie sociale (Namur-LLN), lors de l'année académique 2016-2017. La question de recherche était la suivante : « Quelles sont les raisons de l'insuccès des centres d'accueil de jour (CAJ) (à l'exclusion des centres de soin de jour) » ?

Le principal constat réalisé était le manque de (re)connaissance des C.A.J auprès des professionnels de première ligne, voire même des professionnels du secteur, et du grand public. Le centre de jour est vu par beaucoup comme l'antichambre de la maison de repos. Cette impression peut avoir une influence sur le taux de fréquentation du centre, puisque les familles et les intervenants de première ligne tardent à orienter la personne âgée vers le centre de jour.

La piste d'amélioration la plus importante tournait autour de la communication autour des C.A.J. Ce travail de démythification et d'information autour des possibilités de prise en charge qui s'offrent à la personne âgée et à son entourage est fondamental pour pouvoir procéder à des améliorations permettant d'augmenter le taux de fréquentation des C.A.J.

Au cours de l'année scolaire 2017-2018, la question de recherche a été « Le court séjour est, au vœu du législateur, un support pour le soutien à domicile. À quelles conditions le court séjour répond-il à cet objectif ? ».

Les principales recommandations étaient les suivantes :

- Questionner la philosophie du court séjour et accélérer le processus d'agrément des lits MR. Partant du constat que 50% des répondants au questionnaire n'envisagent pas le retour possible à la maison et que seuls 9 sur 24 l'ont pour objectif, la philosophie en soi du court séjour apparaît biaisée dès le départ. Le court séjour s'apparente en effet en sas d'attente pour le long séjour ;

- Modifier la convention et distinguer le court séjour de répit du court séjour de revalidation et différencier le mode de subventionnement en fonction du type du court séjour.

J'ai obtenu à l'initial 2021 un budget complémentaire destiné à ouvrir 15 maisons d'accueil communautaires à destination des personnes âgées. L'objectif de cette mesure étant de lutter contre la solitude des aînés vivant à domicile. Ce dispositif se veut complémentaire aux centres d'accueil de jours offrant un soutien dans les activités de la vie quotidienne et aux centres de soins de jour dispensant des soins aux bénéficiaires.

A terme, cette initiative pourrait aboutir sur une modification de la réglementation.

Pour les centres de soins de jour, je souhaite mener un projet d'offre de répit aux aidants proches dans 15 centres de soins de jour accueillant des aînés dont l'état de santé nécessite la mise en place d'un plan thérapeutique. L'objectif de ce dispositif étant d'améliorer l'accompagnement à visée thérapeutique des aînés et créer des espaces de paroles pour les aidants.

Constat #2 : orientations stratégiques peu lisibles et un risque toujours plus important de demandes non satisfaites d'ici 2030

Orienter les comportements des opérateurs en vue de favoriser l'accessibilité territoriale et financière de l'offre de prise en charge.

Réponse :

La Cour mentionne que l'offre globale de prise en charge demeurera insuffisante pour couvrir l'évolution présumée des besoins à l'horizon 2030, d'autant que l'ampleur de la demande actuellement insatisfaite devrait encore s'accroître, d'ici là, dans une proportion comparable au minimum à l'accroissement du nombre d'aînés.

Le cabinet rappelle sa volonté d'assurer un pilotage coordonné des politiques basé sur un système d'information efficient ainsi que sur des études ciblées.

Ce travail se réalisera, comme depuis le début de la législature, avec l'administration compétente et l'ensemble des parties prenantes.

Afin de mieux orienter les comportements des bénéficiaires vers les solutions les plus adéquates, notre souhait est d'élargir les missions des bureaux régionaux de l'AVIQ afin que chaque citoyen puisse trouver réponses et solutions tout au long de leur parcours de vie et quel que soit leur trajet de soins.

Réglementation

Constat : complexité, faiblesses, absence de lisibilité

Réponse :

Dès le début de la législature, des réunions de travail ont été menées avec l'administration et les représentants du secteur afin d'adapter et simplifier la réglementation en vigueur.

Ces groupes de travail ont été suspendus durant les mois les plus éprouvants de la crise sanitaire. Une reprise de ceux-ci à un rythme soutenu est programmée pour le mois de juin 2021.

Ces travaux porteront principalement sur les thématiques suivantes :

- Infrastructures et contrôle des prix dont les objectifs sont les suivants :
 - Praticabilité du subventionnement à l'infrastructure et la volonté de soutenir les opérateurs ayant des tarifs accessibles ;
 - Prix en MR.S ;
 - Contrôle des prix ;
 - Modifications de la réglementation relatives au premier prix et à la hausse de prix ;
 - Cadastre des prix et des suppléments ;
- Accompagnement des résidents dont l'objectif est la révision des normes ;
 - Amélioration continue ;
 - Normes bâtiment ;
 - Normes relatives à l'encadrement et au fonctionnement ;
 - Management participatif.

Outre ces travaux ambitieux, il appert que des modifications réglementaires aient déjà fait l'objet d'un consensus entre les différentes parties prenantes. Ces adaptations législatives du décret et de l'arrêté ont pour finalité une simplification et une praticabilité administrative et peuvent être portées à la connaissance du Gouvernement wallon à moyen terme.

Concernant le processus relatif aux accords de principe, dès ma prise de fonction, j'ai rencontré l'administration et pu mesurer la lourdeur administrative du mécanisme actuel. L'administration a transmis le processus qu'elle considère comme idéal.

Pour la parfaite information de la Cour, nous avons initié un comité de pilotage « vieillissement et qualité de vie ». Ces travaux ayant pour vocation de renforcer les projets en cours au sein de l'AVIQ et d'initier de nouveaux chantiers comme notamment la révision des normes. 4 groupes de travail viendront alimenter la réflexion des membres de comité de pilotage :

- Un focus groupe « bientraitance » dont l'objectif est de synthétiser les recommandations d'acteurs de terrains et de proposer un plan de 5 ans relatif à la bientraitance ;
- Un groupe de travail « projets pilotes » ;
- Un groupe de travail « accueil collectif en journée » ;
- Un groupe de travail révision des normes.

Infrastructures

Constat #1 : délais relativement longs de mise en exploitation des lits

Réponse :

L'extension récente du délai de validité des accords de principe à 5 ans et sa non-pertinence, sera à l'ordre du jour du groupe de travail relatif à la réglementation.

Nous avons bien pris note de la recommandation de la Cour relative à la mise en place d'un système de suivi des délais de mise en exploitation, en particulier en cas de financement public.

Constat #2 : procédure d'octroi des subventions comportant des faiblesses, en partie réglées dans le nouveau système de financement

Réponse :

Le nouveau système de financement des infrastructures et son opérationnalisation sont en cours de discussion. Il sera tenu compte des recommandations de la Cour dans le cadre de ces travaux.

Gestion administrative

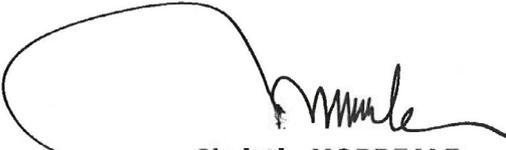
Constat : charges administratives importantes, parfois inutiles

Réponse :

Je suis bien évidemment sensible à la simplification administrative. Les réglementations en vigueur relatives aux établissements pour aux aînés et aux secteurs du domicile ont déjà fait l'objet de réunions avec l'administration afin de réviser la réglementation afin de rendre les systèmes plus efficaces et performants.

Il va de soi que je reste, tout comme mon Cabinet, à votre disposition pour de plus amples renseignements.

D'avance je vous en remercie pour l'attention portée à ce courrier et vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Christie MORREALE

Annexe 2

Faiblesses réglementaires

L'audit a relevé la complexité, le manque de clarté, l'imprécision et le caractère lacunaire de la réglementation relative aux dispositifs audités. Ces faiblesses affectent la lisibilité du système et accroissent les risques d'une application inégale ou non conforme des dispositions.

La présente annexe détaille les principales failles et incohérences détectées lors de l'audit.

1 Des notions de base du système ne font pas l'objet d'une définition explicite et univoque.

Les notions de « lit de maison de repos » ou de « lit de maison de repos et de soins », ou encore de « requalification », ne sont pas explicitement définies dans la réglementation.

Le système souffre d'un problème de nature conceptuelle. Ainsi, une même dénomination, « lits MR », désigne deux choses distinctes : d'une part, l'ensemble du parc de lits (à l'exception des lits MRS « purs », qu'ils soient requalifiés ou non), et d'autre part, la partie du parc de lits qui n'a pas été requalifiée et qui ne possède qu'une seule qualité, celle de lit MR. Il n'existe pas d'appellation autre que celle de « lits MR » pour désigner les lits non requalifiés, donc une partie des lits MR. Lorsque le rapport bisannuel 2014 décrit le parc de lits, il utilise l'appellation « lits MRPA » pour qualifier les lits MR non requalifiés, que l'on trouve soit dans une « MRPA pure », soit dans une MR/MRS. De plus, la dénomination « MR/MRS » semble signifier que ces établissements possèdent le double agrément MR et MRS. Ces lacunes conceptuelles nuisent fortement à la bonne compréhension de la réglementation.

Par ailleurs, les lits MRS qualifiés de « purs » par l'administration ne peuvent être compris dans l'ensemble des lits de maisons de repos, puisqu'ils ne sont pas issus du processus de requalification. Ainsi, lorsque l'article 346 du Cwass – partie réglementaire dispose que « *le Gouvernement arrête la capacité maximale de lits de maison de repos, en ce compris les lits de maison de repos reconvertis en lits de maison de repos et de soins* », il ne vise pas les lits MRS « purs ». Or, les 1.228 lits MRS « purs » sont compris dans la capacité maximale renseignée à l'article 1.410 du Cwass – partie réglementaire. La capacité maximale comprend les 48.431 lits de maisons de repos (requalifiés ou non), ainsi que les 1.228 lits MRS « purs ».

La Cour relève également que, contrairement à ce que stipule l'article 345 du Cwass – partie décrétales, la programmation porte sur les lits et non sur les établissements pour aînés.

2 La réglementation relative à l'octroi des accords de principe comporte aussi des lacunes qui mettent à mal l'application de la procédure.

Pour ce qui concerne les lits MR, la réglementation n'établit aucune hiérarchie entre les critères de programmation visant leur répartition géographique et sectorielle dans le cas où

ces critères entreraient en conflit²⁶³. Ainsi, un arrondissement peut présenter un nombre de lits excédentaire par rapport aux autres arrondissements, mais aussi un secteur déficitaire. La question se pose donc de savoir s'il faut malgré tout affecter les lits disponibles dans cet arrondissement, pour résorber le déséquilibre sectoriel, ou privilégier la correction d'un déséquilibre géographique dans un autre arrondissement moins bien loti. L'administration et le cabinet du ministre ont nourri des interprétations divergentes de la législation, la première privilégiant le critère sectoriel (pourvoir prioritairement le secteur déficitaire, en l'occurrence le secteur public) et le second privilégiant le critère géographique (pourvoir prioritairement les arrondissements les plus déficitaires). Le ministre de l'Action sociale et de la Santé a imposé de donner la priorité au critère géographique sur le critère sectoriel²⁶⁴. Le décret du 13 février 2019 relatif à l'aide aux aînés confirme cette position dans son article 13²⁶⁵.

Outre des critères de programmation géographique et sectorielle, la réglementation pose des principes généraux auxquels l'établissement doit se conformer pour obtenir un accord de principe, soit « *la qualité architecturale du projet, son implantation, son intégration dans la vie sociale et les moyens mis en œuvre pour contribuer au développement durable, particulièrement en ce qui concerne les économies d'énergie et la consommation d'eau* »²⁶⁶. Il n'existe cependant aucun véritable critère permettant d'établir la mesure dans laquelle le projet satisfait à ces principes. En pratique, ces principes sont aussi pris en compte pour établir une sélection entre demandes concurrentes. Aucune modalité ne détermine cependant l'application concrète de cette priorisation au regard de ces principes généraux, ni un éventuel ordre de prévalence.

Afin de garantir l'objectivité de la procédure, l'administration a toutefois établi une grille d'analyse permettant d'évaluer la mise en œuvre de chaque principe sur une échelle de 0 à 3. Le total des notes attribuées à chaque établissement permet de prioriser les demandes concernées. Même si l'administration veille à garder une interprétation uniforme dans l'attribution des notes, la Cour fait remarquer que cette évaluation reste soumise à subjectivité en l'absence d'indicateurs précis. Elle relève aussi un risque de « surenchère » en termes de qualité du projet, laquelle risquerait in fine d'être préjudiciable pour l'accessibilité financière de la structure d'hébergement. Par ailleurs, la procédure souffre d'un manque de transparence puisque les opérateurs ne sont pas préalablement informés du système de sélection et de cotation, ni du résultat de l'analyse comparative lors de l'attribution des places.

²⁶³ La réglementation prévoyait précédemment une subordination du critère géographique au critère sectoriel, mais cette disposition a été supprimée en 2010, sans pour autant préciser clairement que le critère géographique devrait à l'avenir primer sur le critère sectoriel.

²⁶⁴ Notes du cabinet ministériel des 11 mai et 16 juin 2015.

²⁶⁵ L'article 13 du décret prévoit qu'il sera donné priorité, premièrement, aux maisons se trouvant dans un arrondissement qualifié de « déficitaire » (du plus au moins déficitaire) tenant compte du nombre de places disponibles eu égard à sa population.

²⁶⁶ Par ailleurs, la Cour fait remarquer que l'un des principes prévu à l'article 349 renvoie à la bonne répartition des établissements pour aînés sur le territoire, soit aux règles de programmation qui constituent la condition première du système de répartition de l'offre. S'agissant d'une condition obligatoire dans l'octroi d'un accord de principe, il est opportun de s'y référer comme critère de priorité. La législation est, une nouvelle fois, confuse.

Pour ce qui concerne les lits MRS, les demandes d'accord de principe afférentes à une requalification de lits MR en lits MRS doivent obéir à des critères de recevabilité²⁶⁷ et des critères de priorité²⁶⁸. Ces derniers sont identiques à ceux applicables aux lits MR et, de même, insuffisamment développés. Quant aux critères de programmation, les modalités d'application de celui portant sur la répartition géographique – « la bonne répartition des établissements pour aînés sur le territoire linguistique de langue française » (article 349) – ne sont pas définies. Dans la pratique, l'administration applique la méthode de répartition des lits MR entre arrondissements. Enfin, l'article 1.424 évoque encore deux critères subsidiaires, dont la prise en compte manque aussi de précision²⁶⁹.

3 Services d'aide aux familles et aux aînés

La Cour relève les éléments suivants :

- La réglementation ne prévoit aucun critère permettant d'évaluer objectivement la pertinence de la demande d'agrément sur le territoire envisagé, ni, le cas échéant, de prioriser qualitativement des demandes concomitantes.
- La législation prévoit que les aides soient accordées, en priorité, « à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les moins favorisés sur le plan financier ». Une évaluation du respect de ces priorités est également prévue en se basant « sur les critères utilisés par les services pour accepter ou refuser une demande en fonction du nombre d'heures dont les services disposent ». L'opérationnalisation et l'évaluation du principe de priorisation de l'aide rencontrent néanmoins différentes difficultés puisque les dispositions réglementaires ne précisent notamment pas ce que recouvre la notion de « besoin ». Si l'expression « ceux qui en ont le plus besoin » se réfère à « ceux qui sont les plus dépendants », l'absence d'évaluation de la dépendance au moyen d'une échelle reconnue constitue un problème majeur. De plus, les Safa prennent aussi en charge des personnes isolées ou des familles en difficultés dont les besoins ne relèvent pas de la dépendance physique ou psychique. La priorisation entre les différents types d'aide n'est pas plus clarifiée dans la réglementation.
- La Cour fait observer la complexité des règles liées à la répartition du contingent. Le décret prévoit que cette répartition tienne compte du nombre et de l'âge des habitants des communes desservies par le service. Toutefois, l'arrêté n'opérationnalise pas le critère relatif à l'âge, qui n'est donc pas pris en compte. Quant au nombre d'habitants par commune, les règles prévues par l'arrêté aboutissent à ce que ce critère n'ait d'influence que sur une partie restreinte du nombre d'heures du contingent.

²⁶⁷ Article 1.424 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable : « certifier la présence dans l'établissement d'un nombre de résidents fortement dépendants ou démontrer la capacité de respecter au moment de la demande du titre de fonctionnement, les normes architecturales et les normes d'organisation ».

²⁶⁸ Article 349 du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – partie décrétable.

²⁶⁹ « Il est tenu compte », « dépasse largement », etc.

Annexe 3

Écarts par arrondissement par rapport à une répartition proportionnelle des lits

Tableau 8 – Écarts par rapport à une répartition des lits proportionnelle à la population des 75 ans et +²⁷⁰

Arrondissement	Situation au 1 ^{er} janvier 2018				
	Lits en AP et TF par rapport à la population de + de 75 ans			Déficit/excédent	
	Nombre de personnes de 75 ans et plus (données Statbel au 01/01/2017)	Nombre de lits utilisés	en % de la population de plus de 75 ans	Nombre de lits	%
Nivelles	33.275	4.770	14,3 %	-716	-13,05 %
Ath	7.138	1.194	16,7 %	17	1,46 %
Charleroi	34.782	5.489	15,8 %	-245	-4,28 %
Mons	20.222	3.603	17,8 %	269	8,07 %
Mouscron	6.962	1.862	26,7 %	714	62,22 %
Soignies	15.268	2.496	16,3 %	-21	-0,84 %
Thuin	13.369	2.312	17,3 %	108	4,90 %
Tournai	12.912	2.947	22,8 %	818	38,44 %
Huy	8.632	1.627	18,8 %	204	14,33 %
Liège	54.876	8.789	16,0 %	-258	-2,85 %
Verviers	17.421	2.924	16,8 %	52	1,81 %
Waremme	6.277	952	15,2 %	-83	-8,01 %
Arlon	4.682	693	14,8 %	-79	-10,22 %
Bastogne	3.449	549	15,9 %	-20	-3,45 %
Marche-en-Famenne	4.522	684	15,1 %	-62	-8,25 %
Neufchâteau	5.193	846	16,3 %	-10	-1,18 %
Virton	4.469	679	15,2 %	-58	-7,84 %
Dinant	9.523	1.445	15,2 %	-125	-7,96 %
Namur	25.250	3.666	14,5 %	-497	-11,94 %
Philippeville	5.539	904	16,3 %	-9	-1,01 %
	293.761	48.431	16,5 %		

Source : données Aviq et Bureau fédéral du plan, traitées par la Cour des comptes

La première partie du tableau reprend la population de plus de 75 ans et le nombre de lits du moratoire et un taux de couverture de cette tranche de population en termes de lits MR/ MRS.

²⁷⁰ Situation calculée au 1^{er} janvier 2018 sur la base des données de population arrêtées au 1^{er} janvier 2017.

Les deux dernières colonnes du tableau fournissent, pour chaque arrondissement, l'écart (le surplus ou le déficit de lits) entre le total des lits (MR et MRS) effectivement ouverts et le nombre de lits correspondant à une situation idéale où tous les lits de la capacité maximale (en ce compris les lits en accord de principe et donc non encore ouverts) seraient répartis proportionnellement à la population âgée résidant au sein des arrondissements. Ces écarts, calculés au 1^{er} janvier par l'administration, varient d'année en année, en fonction de l'évolution démographique des arrondissements, de celle de la Région, et du nombre de lits qui leur a été attribués au cours de l'année écoulée.

Annexe 4

Facteurs endogènes et exogènes perturbant une répartition géographique homogène des lits

L'efficacité limitée du dispositif dans le réajustement des déséquilibres s'explique par plusieurs facteurs cumulatifs internes ou externes au système.

Tout d'abord, certains déséquilibres prennent racine dans une situation héritée du passé, antérieure même à l'entrée en vigueur du moratoire en 1997²⁷¹. Les possibilités de corriger les déficits par l'affectation de nouveaux lits ont été de facto très réduites puisque la quasi-totalité des lits était déjà affectée en 1997²⁷² et que la capacité maximale autorisée n'a augmenté, depuis lors, que de 885 unités. De plus, jusqu'en 2014, la priorité accordée au critère sectoriel²⁷³ sur le critère géographique a pu conduire à ce que l'arrondissement le plus mal loti ne bénéficie pas nécessairement des lits disponibles²⁷⁴.

Les dérogations aux règles générales de distribution, en particulier le mécanisme des cessions de lits, freinent également le réajustement des déséquilibres²⁷⁵. Dans le cas de ces lits généralement cédés à titre commercial, la redistribution ne s'opère pas prioritairement au bénéfice de l'arrondissement le moins bien desservi, ce qui réduit la marge de rééquilibrage²⁷⁶. Ce constat est d'autant plus interpellant que le nombre de places concernées par les conventions de cession est élevé en comparaison avec les places qui sont redistribuées en tenant compte des règles générales d'attribution. Ainsi, de 2016 à 2018, pas moins de 559 lits ont été transférés selon ces modalités²⁷⁷.

La nouvelle disposition dérogatoire adoptée en mai 2019 permettant à chaque gestionnaire de transférer ses places en accord de principe d'un arrondissement à un autre, même si le second n'est pas plus déficitaire que le premier, risque de contrevenir encore davantage à l'équilibre recherché²⁷⁸.

Par ailleurs, la procédure d'attribution des places souffre d'un problème d'actualisation des données qui risque de biaiser le classement des arrondissements à pourvoir. Ce classement s'effectue en effet une fois par an, au premier janvier de chaque année, et non avant chaque opération de distribution des lits. Comme des mouvements peuvent avoir eu lieu dans l'intervalle (notamment les cessions de lits ou les opérations de distribution préalables

²⁷¹ Comme dans le cas des arrondissements frontaliers de Mouscron, Tournai et Mons.

²⁷² À savoir 47.470 lits affectés (en titre de fonctionnement et accord de principe) sur une capacité maximale de 47.546 lits en 1999.

²⁷³ Jusqu'en 2014, la distribution des accords de principe s'effectuait en satisfaisant, au premier chef, le critère de répartition sectoriel par arrondissement : 29 % au minimum des lits réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur associatif et 50 % au maximum au secteur privé commercial. Le critère de répartition géographique intervenait dans un second temps.

²⁷⁴ Faute d'une demande d'accord de principe introduite par un établissement appartenant au secteur déficitaire et donc prioritaire.

²⁷⁵ Outre les quelques dérogations à la procédure normale, autorisées car dépourvues d'influence sur la programmation (répartition géographique et sectorielle).

²⁷⁶ L'administration indique néanmoins qu'elle n'autorise les cessions de lits qu'au sein d'arrondissements déficitaires. Ce principe semble toutefois avoir connu au moins une exception.

²⁷⁷ Dont 466 lits MR, 65 lits MRS et 28 lits de court séjour.

²⁷⁸ Article 1.422, § 3, du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé tel que modifié par l'arrêté du gouvernement wallon du 16 mai 2019.

à celle en cours), certains lits risquent d'être octroyés à des arrondissements qui, vu les évolutions, ne sont plus en ordre utile, voire sont déficitaires.

Même en affectant les lits disponibles à l'arrondissement le plus déficitaire, leur répartition reste influencée par des facteurs externes.

Ainsi, la résorption du déséquilibre est conditionnée à la volonté des gestionnaires de s'établir dans l'arrondissement déficitaire concerné, et ce dans le respect des règles de programmation sectorielle.

Par ailleurs, à nombre constant de lits ouverts dans un arrondissement, un déficit ou un surplus peut se résorber ou s'aggraver du seul fait de l'évolution démographique²⁷⁹ ou de l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi, alors qu'entre 2008 et 2017, le nombre de personnes de plus de 75 ans a augmenté de 2,6 % à l'échelle régionale, cette même variable a connu une croissance de 15,9 % à Nivelles et une diminution de 6,9 % à Mons. Dans l'arrondissement de Nivelles, le nombre de lits, passant de 4.654 à 4.770, n'a guère évolué entre 1999 et 2018 alors que le nombre de personnes âgées y a, par contre, considérablement augmenté, aggravant ainsi le déficit de lits y constaté.

Outre la plupart des facteurs évoqués précédemment, les déséquilibres actuels constatés dans la répartition des lits MRS résultent aussi, en grande partie, des opérations de requalification successives durant lesquelles des lits disponibles ont été distribués dans des arrondissements excédentaires, faute d'une demande suffisante localisée dans les arrondissements déficitaires en lits MRS²⁸⁰.

De plus, la Cour des comptes fait remarquer que les 1.228 lits MRS dits « purs » ne sont pas intégrés dans le calcul visant à assurer une répartition homogène des lits MRS. En d'autres termes, leur localisation n'est pas prise en compte, ce qui biaise la situation de certains arrondissements. Ainsi, en prenant en compte l'ensemble des lits MRS (mixtes et purs), l'arrondissement de Nivelles, qui ne bénéficie d'aucun lit MRS pur, devient encore plus déficitaire alors que ceux de Thuin et Verviers sont encore plus excédentaires.

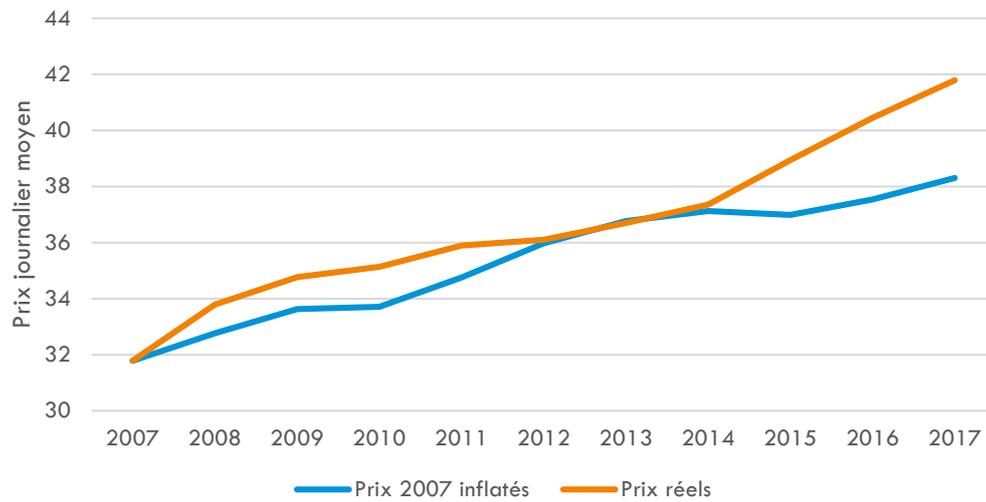
²⁷⁹ Par rapport à la moyenne régionale, le vieillissement peut en effet être plus accentué dans certains arrondissements selon, par exemple, leur pyramide des âges, la croissance supérieure de leur population, indépendamment de l'âge, ou leur attractivité auprès d'un public plus âgé.

²⁸⁰ Au total, durant la dernière grande opération de requalification de lits MR d'octobre 2013, seuls 560 lits MRS sur les 1.650 nouvellement créés, soit 34 %, ont été affectés à des arrondissements déficitaires.

Annexe 5

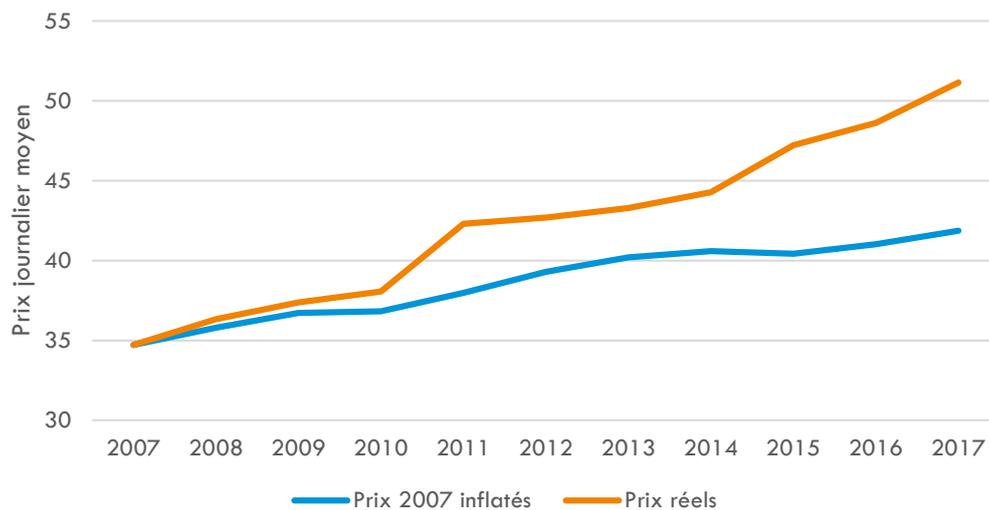
Évolution des prix d'hébergement en maison de repos (et de soins), par secteur

Figure 5 – Évolution des prix – secteur public

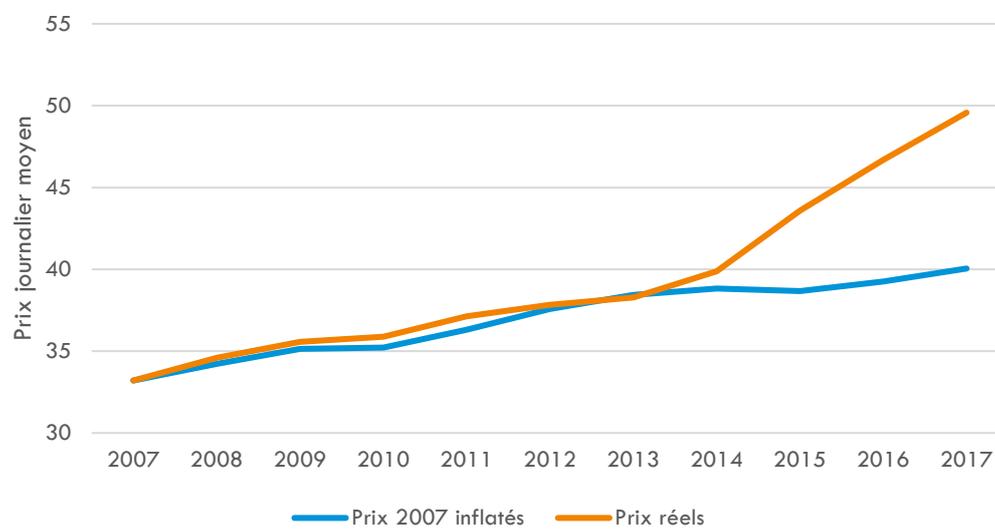


Source : Aviq

Figure 6 – Évolution des prix – secteur associatif



Source : Aviq

Figure 7 – Évolution des prix – secteur commercial

Source : Aviq

Annexe 6

Précisions relatives au projet d'assurance autonomie

Cette annexe vise à apporter des compléments d'information relatifs au projet d'assurance autonomie dans l'optique de préciser et d'éclairer les éléments d'analyse repris dans le chapitre relatif au développement de l'offre de prise en charge à domicile.

1 Le projet d'assurance autonomie : couverture envisagée

Le projet d'assurance autonomie comportait deux branches distinctes. La première ouvrait aux personnes en perte d'autonomie le droit de bénéficier d'une allocation mensuelle. Son montant variait en fonction du degré de dépendance et était exclusivement mobilisable pour des prestations de services d'aide à domicile (aide familiale, aide-ménagère sociale et garde à domicile). L'optique était ainsi de « *privilégier des réponses concrètes aux situations de dépendance, à domicile comme en institution, par des interventions en fonction des besoins et des prestations, plutôt que par une logique de supplément de revenu* »²⁸¹.

L'obligation à charge de la Région portait donc, dans ce projet, sur le versement de l'allocation ainsi que sur la fourniture des prestations²⁸².

La deuxième branche de l'assurance était constituée de l'« allocation forfaitaire autonomie » (AFA), soit l'équivalent de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées actuelle (APA). Cette aide ouvre actuellement le droit à une intervention financière, dont l'octroi est conditionné à des critères de dépendance, d'âge et de revenus. Elle est octroyée à toute personne répondant aux conditions d'accès, et ce indépendamment de son lieu de résidence (domicile, maison de repos, institution pour personnes handicapées).

L'examen effectué par la Cour a porté essentiellement sur la première branche de l'assurance autonomie, puisque la seconde reprenait une mesure déjà existante au niveau fédéral.

2 Précisions relatives à l'anticipation des besoins

2.1 Projections sur le nombre de bénéficiaires

Les projections sur le nombre de bénéficiaires à l'horizon 2040, établies dans le cadre du projet d'assurance autonomie sont détaillées dans le tableau ci-après.

²⁸¹ Déclaration de politique régionale 2014-2019, p. 46. L'assurance dépendance flamande (*zorgverzekering*, désormais appelée « *zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden* ») prévoit, quant à elle, le versement d'une allocation directement au bénéficiaire.

²⁸² L'article 18, § 6, du projet de décret relatif à l'assurance autonomie évoquait « *un droit aux prestations* » d'aide à domicile. L'octroi du montant mensuel était consécutif à la reconnaissance de ce droit aux prestations. L'article 24 du même projet de décret énonçait également « *l'exigibilité du bénéfice des prestations* ».

Tableau 9 – Estimation du nombre de bénéficiaires de l'assurance autonomie, première et deuxième branches

	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Première branche (Safa)	65.667	67.091	69.534	72.066	74.692	77.415
Deuxième branche (AFA)	36.842	37.868	39.647	41.517	43.483	45.549

Source : Cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

Le rapport fait état des différentes faiblesses relatives à l'estimation des bénéficiaires de la première branche de l'assurance autonomie. Certaines de ces faiblesses s'appliquent également à la seconde branche de l'assurance autonomie (AFA, ex-APA)²⁸³.

2.2 La notion de dépendance sociale

En ce qui concerne plus particulièrement la notion de dépendance sociale, les travaux préparatoires de l'assurance autonomie n'en donnent pas de définition précise, et le projet de décret y relatif la définit en des termes vagues²⁸⁴. Dans les travaux du gouvernement, elle a été définie par défaut puisque l'échelle de Katz, utilisée par le bureau d'actuariat, ne permet pas d'évaluer les aspects sociaux de la perte d'autonomie. Par déduction, la dépendance à caractère social affecte donc au minimum les usagers des Safa versés dans la catégorie O, soit celle des personnes qui, quel que soit leur âge, ne présentent pas de signes de dépendance physique ou psychique.

Ce n'était en définitive qu'*ex post*, une fois l'assurance autonomie mise en œuvre, que la dépendance sociale allait pouvoir être mieux évaluée. En effet, le projet de décret prévoyait que, pour ouvrir le droit au bénéfice de l'assurance autonomie, l'outil d'évaluation BelRAI serait utilisé et complété par un questionnaire défini en concertation avec le secteur, afin précisément « d'agir au plus près des besoins d'accompagnement social auprès d'un public fragilisé et de familles précarisées » et « d'évaluer et d'objectiver cette dimension sociale ».

2.3 Rythme d'accroissement des projections

Dans les projections relatives au projet d'assurance autonomie, le nombre de bénéficiaires augmente chaque année de manière linéaire, et à un rythme moins soutenu que le vieillissement démographique.

Comme l'administration et le cabinet ne disposaient pas de données sur l'âge des bénéficiaires actuels des Safa, la Cour s'est appuyée sur la répartition du nombre de bénéficiaires par tranches d'âge figurant dans un rapport de 2014²⁸⁵. La figure ci-après fournit une projection,

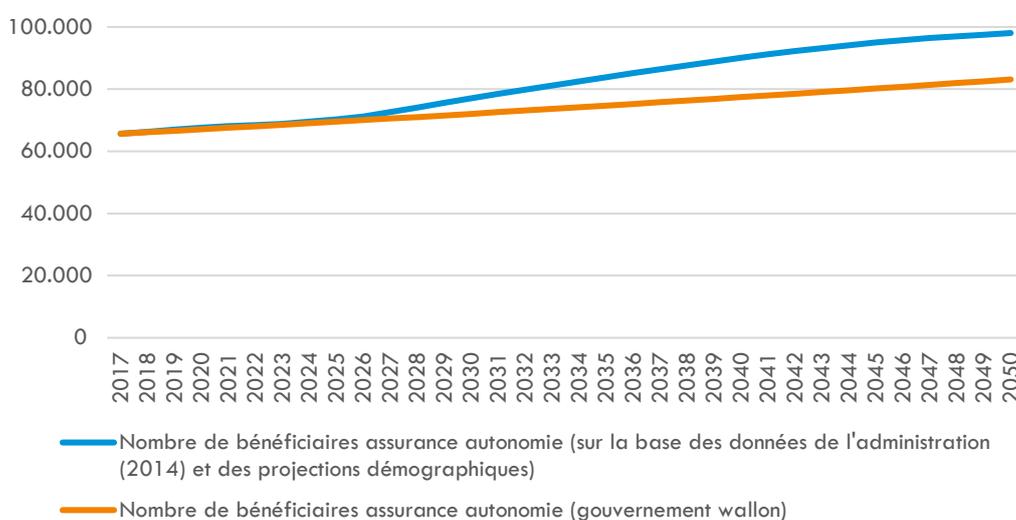
²⁸³ Ainsi, la demande risquait d'augmenter avec l'entrée en vigueur de la mesure ; la croissance de la demande était considérée comme constante ; toutes choses égales par ailleurs, le nombre de bénéficiaires de l'AFA dans les projections du gouvernement augmentait moins rapidement que la population wallonne de 65 ans et plus telle qu'estimée par le Bureau fédéral du plan. L'écart entre les deux estimations s'élevait à plus de 5.251 bénéficiaires en 2030 (46.768 contre 41.517) et de 7.078 en 2040 (52.627 contre 45.549).

²⁸⁴ À savoir « un état temporaire ou définitif d'une personne qui, par la suite d'une situation sociale spécifique, a un besoin régulier d'assistance d'une tierce personne pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, dont sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société ».

²⁸⁵ Les services pour personnes âgées en Wallonie, *Offre et utilisation*, Wallonie Santé, n°5, 2014.

toutes choses égales par ailleurs²⁸⁶, du nombre de bénéficiaires à l'horizon 2050, réalisée à partir de cette répartition et des perspectives démographiques du Bureau fédéral du plan, et la compare aux projections retenues par le cabinet. La Cour observe que si l'écart entre les deux courbes est minime jusqu'en 2026, il s'accroît en revanche progressivement par la suite, sous l'effet de l'augmentation importante du nombre de personnes de 80 ans et plus, pour se stabiliser à l'approche de 2050. L'écart passe de 5.036 bénéficiaires en 2030 (+7 % par rapport aux projections du gouvernement wallon) à 12.653 en 2040 (+16 %).

Figure 8 – Nombre de bénéficiaires de l'assurance autonomie selon les projections du gouvernement, et les données de l'administration et du Bureau fédéral du plan



Source : Service public de Wallonie ; Bureau fédéral du plan ; cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

2.4 Phénomène d'expansion de la demande : l'exemple de l'assurance dépendance flamande

Le tableau ci-après met en évidence l'accroissement progressif du nombre de bénéficiaires résidant à domicile depuis l'entrée en vigueur, en 2001, de l'assurance dépendance flamande ; accroissement bien supérieur à la croissance de la population flamande²⁸⁷⁻²⁸⁸ (âgée ou non).

²⁸⁶ Évolution de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en bonne santé, de l'offre actuelle de prise en charge résidentielle proportionnelle à la population, prévalence de diverses pathologies, évolutions sociétales, technologiques, etc.

²⁸⁷ Ce constat vaut pour toutes les tranches d'âge, à l'exception de la tranche 100 ans et plus, dont le nombre de bénéficiaires a augmenté de 38 % contre 57 % pour la population. Cette tranche d'âge représente toutefois un faible nombre de bénéficiaires. La tranche de la population flamande allant de 85 à 89 ans est celle qui a le plus augmenté (+125 %) ; les bénéficiaires y appartenant ont, quant à eux, augmenté bien davantage (+236 %).

²⁸⁸ Les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale qui adhèrent à la sécurité sociale flamande ont accès à l'assurance dépendance flamande, moyennant le respect des conditions d'accès (paiement de la cotisation, etc.). Toutefois, sur les quelques 181.000 bénéficiaires de l'assurance dépendance en 2017, seuls 2.000 habitaient en région bruxelloise, soit un peu plus de 1 %.

Tableau 10 – Évolution du nombre de bénéficiaires du *zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden* résidant au domicile

		2004	2017	Taux de croissance
Moins de 65 ans	Bénéficiaires du <i>zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (mantel- en thuiszorg)</i>	22.822	48.906	114 %
	Population flamande	4.959.050	5.228.976	5 %
65 ans et plus	Bénéficiaires du <i>zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden (mantel- en thuiszorg)</i>	63.093	132.767	110 %
	Population flamande	1.056.974	1.287.035	22 %

Source : *Agentschap zorg en gezondheid, Vlaamse Overheid*

Entre 2004 et 2017, le nombre de bénéficiaires de moins de 65 ans et de 65 ans et plus est ainsi passé, respectivement, de 0,5 à 0,9 % et de 6 à 10,3 % de la population du même âge. Actuellement en vitesse de croisière, le système flamand compte, en 2017, 48.906 bénéficiaires de moins de 65 ans (1 % de la population du même âge) et 132.767 bénéficiaires de 65 ans et plus (10 % de la population du même âge). Dans les mêmes conditions, en 2035²⁸⁹, soit après quinze ans de mise en œuvre de l'assurance autonomie wallonne, le nombre de bénéficiaires wallons fortement dépendants²⁹⁰ aurait donc pu s'élever à 116.000, soit six fois plus que le nombre prévu (19.358 bénéficiaires) dans les simulations du gouvernement wallon pour cette même année.

3 Anticipation des coûts pour les pouvoirs publics

Pour la première branche, les projections des dépenses se basaient principalement sur trois paramètres²⁹¹ :

- le nombre de bénéficiaires estimé par le cabinet actuariel ;
- un coût horaire de prestation des services, tous services confondus²⁹², fixé à 35 euros ;
- un nombre d'heures de services auxquelles pourront prétendre les bénéficiaires par niveau de dépendance. Ces plafonds ont été déterminés à partir de la moyenne des heures réellement prestées en 2017 et communiquées par les Safa²⁹³⁻²⁹⁴.

²⁸⁹ Sur la base des perspectives démographiques du Bureau fédéral du plan sur la population wallonne.

²⁹⁰ Minimum de niveau B sur l'échelle de Katz.

²⁹¹ Les simulations anticipaient aussi les coûts de gestion récurrents et non récurrents du système (mise en place d'un système informatique, etc.).

²⁹² Toutefois, le coût horaire varie probablement pour chaque type de service.

²⁹³ Comme il s'agit de moyennes et que certaines personnes consomment un nombre d'heures de services supérieur, il était prévu que le nombre d'heures finançables dans le cadre de l'assurance autonomie soit systématiquement plus élevé, l'excédent allant de 10 % à 34 % en fonction des niveaux de dépendance.

²⁹⁴ Le fait que les usagers ne consomment pas l'entièreté de ce plafond maximal allait constituer une « économie » dont il n'était toutefois pas tenu compte dans le modèle. Cette économie n'était pas contrebalancée par le « surcoût » qu'aurait représenté une consommation d'heures dépassant les plafonds autorisés, vu que l'avant-projet de décret relatif à l'assurance autonomie prévoyait que pour les prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge au titre de la première branche de l'assurance autonomie, le service d'aide à domicile réclame au bénéficiaire le montant forfaitaire déterminé par la nomenclature, devant couvrir les frais de personnel, de fonctionnement, de déplacement, etc.

Le tableau ci-après fournit, par niveau de dépendance, le nombre d'heures consommées en moyenne par bénéficiaire (données Safa), le nombre d'heures qui allait être couvert par l'assurance autonomie, le montant de l'intervention financière qui en découlait, déduction faite ou non de la quote-part à charge de l'usager. À titre de comparaison, le montant versé mensuellement aux bénéficiaires (fortement dépendants) de l'assurance dépendance flamande est actuellement de 130 euros.

Tableau 11 – Couverture de l'assurance autonomie par niveau de dépendance

Niveau de dépendance sur l'échelle de Katz	Moyenne mensuelle observée du nombre d'heures prestées	Nombre maximal d'heures couvertes mensuellement par l'assurance autonomie	Intervention maximale mensuelle, en ce compris la « quote-part usager » (en euros)	Intervention maximale mensuelle, déduction faite de la « quote-part usager » (en euros)
D	8,6	10	350	280
Cd	10,9	12	420	336
C	18,6	25	875	700
B	14,5	18	630	504
A	9,7	12	420	336
O	8,6	10	350	280

Source : cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

Pour la deuxième branche de l'assurance autonomie (AFA), les coûts étaient estimés au départ du budget consacré à l'APA en 2017²⁹⁶. Ils évoluaient ensuite proportionnellement au nombre de bénéficiaires potentiels déterminés dans l'étude actuarielle.

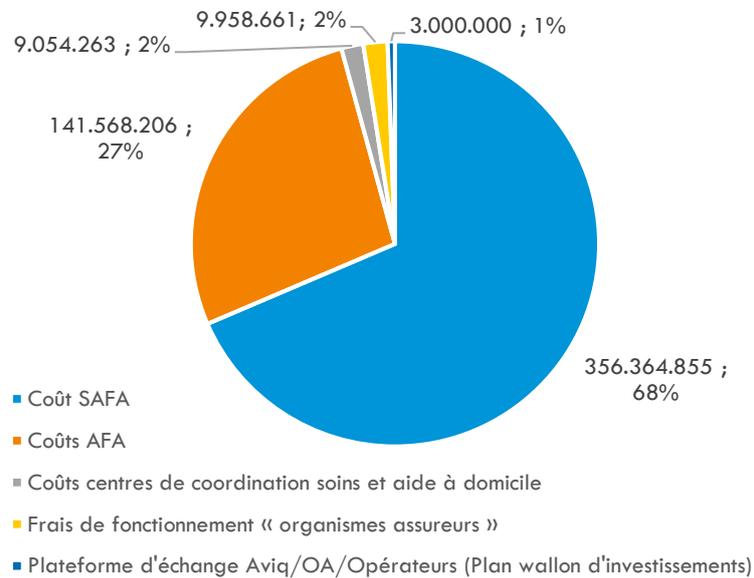
Le coût annuel total de l'assurance autonomie (première et deuxième branches) était évalué en 2021²⁹⁷, à 520 millions d'euros. Les services d'aide à domicile (aide familiale, garde à domicile, aide-ménagère), soit la première branche de l'assurance autonomie, représentent 68 % de ce coût total, contre 27 % pour l'allocation forfaitaire autonomie (deuxième branche)²⁹⁸. Compte tenu des projections réalisées sur le nombre de bénéficiaires, ce coût devait atteindre 570 millions d'euros en 2030, à ventilation des dépenses par poste quasi identique.

²⁹⁵ Les niveaux D et Cd de dépendance, qui concernent les personnes démentes, bénéficient d'un niveau moindre ou équivalent d'intervention que les niveaux A, B et C puisque, selon le cabinet de la ministre de l'Action sociale de l'époque, elles recourent aussi à des services tiers complémentaires.

²⁹⁶ Auquel sont appliqués deux dépassements de l'indice-pivot.

²⁹⁷ Ce montant comprend la quote-part des bénéficiaires, évaluée à 48 millions en 2021.

²⁹⁸ À noter l'existence d'un coût non récurrent, à savoir la mise en place d'une plateforme d'échange d'informations entre les différents acteurs impliqués dans l'assurance autonomie (organismes assureurs, Aviq, et opérateurs) pour un coût total de 15 millions d'euros sur la période 2019-2022, dont 3 millions imputés sur l'exercice 2021.

Figure 9 – Répartition des coûts de l'assurance autonomie par poste en 2021

Source : cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

Dans les simulations budgétaires, le coût de l'assurance autonomie en 2021 se répartissait comme suit entre les différentes catégories de dépendance. Un montant de 105 millions d'euros, soit 35 % du coût total de l'assurance autonomie (première branche), était consacré à la prise en charge de la perte d'autonomie d'origine purement sociale (bénéficiaires de niveau O), contre 195 millions pour la prise en charge de la dépendance (au moins)²⁹⁹ physique ou psychique.

Tableau 12 – Ventilation du nombre de bénéficiaires, d'heures prestées et du coût par niveau de dépendance en 2021

Niveau de dépendance (échelle de Katz)	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures prestées	Coût (euros)	Coût (%)
D	386	46.315	1.296.823	0,4 %
Cd	619	89.117	2.495.273	0,8 %
C	6.516	1.954.923	54.737.850	18,2 %
B	10.125	2.186.949	61.234.585	20,4 %
A	18.706	2.693.636	75.421.819	25,1 %
O	31.221	3.746.461	104.900.916	35,0 %
Total	67.572	10.717.402	300.087.265	100 %

Source : cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

²⁹⁹ En effet, un certain nombre d'heures prestées auprès de personnes minimum de niveau A sur l'échelle de Katz (donc en situation de perte d'autonomie physique ou psychique) peut être consacré à la prise en charge d'aspects sociaux de la dépendance.

³⁰⁰ Tous services confondus.

³⁰¹ Le coût horaire est un coût moyen (tous services confondus), fixé à 28 euros de l'heure, soit un montant déduction faite de la quote-part personnelle moyenne de l'utilisateur, qui est fonction de ses revenus.

Au niveau de la main-d'œuvre, dans le cadre du projet d'assurance autonomie, il avait été décidé de recruter, tous métiers confondus³⁰², 265 ETP en 2019 et 1.080 ETP en 2020. Sous la législature actuelle, le gouvernement wallon prévoit de créer, en 2020, 100 ETP d'aides-ménagères sociales, et environ 142 ETP d'aide familiale. Les recrutements prévus par le gouvernement pour l'année 2020 sont donc significativement inférieurs à ceux prévus précédemment dans le cadre de l'assurance autonomie, sans que ces fluctuations ne puissent être aisément rattachées à une analyse des besoins, ni à une stratégie à moyen et long terme sur la réponse à y apporter.

4 Anticipation des recettes par les pouvoirs publics

Le projet d'assurance autonomie prévoyait que le montant total des recettes disponibles en 2021, soit la première année de sa pleine opérationnalisation³⁰³, serait d'environ 548 millions d'euros. Si l'on compare ce montant à celui des dépenses prévues pour cette même année (520 millions), un surplus de 28 millions d'euros pouvait être dégagé. Les surplus annuels accumulés les premières années allaient être mis en réserve et utilisés dès que le système deviendrait déficitaire en raison de l'augmentation des besoins à couvrir³⁰⁴.

Outre la réorientation de budgets existants³⁰⁵, les recettes envisagées provenaient des cotisations des citoyens et de leur quote-part dans le coût des services reçus, à hauteur, respectivement, de 69 et 48 millions d'euros (soit 13 % et 9 % du financement total).

L'estimation des quotes-parts « usagers » était à considérer avec réserve dans la mesure où, d'une part, elle s'appuyait sur des estimations fragiles du nombre et du niveau de revenus des bénéficiaires potentiels et, d'autre part, elle dépendait aussi de l'échelle de barèmes appliquée dont une révision était envisagée, en négociation avec le secteur.

Bien que non prépondérantes dans le financement de l'assurance autonomie, les cotisations annuelles conféraient son caractère assurantiel à la politique. Paradoxalement, alors que, dans le projet, la couverture offerte s'était accrue durant la législature³⁰⁶, le financement porté à la charge des assurés avait diminué, puisque les cotisations avaient été réduites dans le projet de 50 à 36 euros (de 25 à 18 euros pour le tarif social). Les revenus prévisionnels qu'elles auraient générés seraient dès lors passés de 90 à 69 millions d'euros. Par ailleurs, l'hypothèse d'un taux de perception des cotisations fixé à 95 %, sur laquelle tablait le modèle, était jugée optimiste, à moins d'un mécanisme de recouvrement efficace³⁰⁷.

³⁰² Aides-ménagères sociales, aides familiales/gardes à domicile, travailleurs sociaux et administratifs.

³⁰³ C'est aussi l'année du transfert de la gestion de l'APA à la Région wallonne.

³⁰⁴ Selon les simulations, les réserves auraient atteint, en 2031, un maximum de 183 millions d'euros qui allaient être utilisés dès 2032 pour combler le déficit annuel du système, et ce jusqu'en 2040.

³⁰⁵ Les budgets existants jusque-là affectés aux Safa, aux centres de coordination (CCSAD), à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, et aux aides à l'emploi (APE), pour un total de 393 millions d'euros (72 % du financement total), soit la source principale de financement.

³⁰⁶ Voir le point 3.2.2 *Anticipation de l'évolution des besoins*.

³⁰⁷ Voir avis de l'Inspection des finances du 19 novembre 2018 sur l'avant-projet de décret relatif à l'assurance autonomie portant modification du code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé – deuxième lecture.

En contrepartie de la diminution des cotisations, la contribution à la charge du budget de la Région, évaluée annuellement à 60 millions d'euros dès 2026³⁰⁸, aurait donc dû être augmentée. En 2021, année prévue d'entrée en vigueur de l'assurance autonomie selon le projet du gouvernement, la contribution additionnelle du gouvernement wallon aurait déjà dû s'élever à 38 millions d'euros (7 % du total des recettes). Ces simulations budgétaires ne suffisaient donc pas à maîtriser les dépenses opérées dans le cadre de l'assurance autonomie, et donc à garantir la viabilité du système³⁰⁹.

³⁰⁸ La contribution du gouvernement wallon comprenait deux volets. Une part non récurrente, émanant du plan wallon d'investissements, s'élevait à un total de 15 millions répartis sur la période 2019-2022 et avait pour objectif la mise en place d'une plateforme d'échange d'informations entre les différents acteurs de l'assurance autonomie (organismes assureurs, Aviq, et opérateurs). La seconde partie, récurrente, devait s'élever à 15 millions d'euros en 2019, et augmenter progressivement d'année en année jusqu'à s'établir à 60 millions d'euros à partir de 2026.

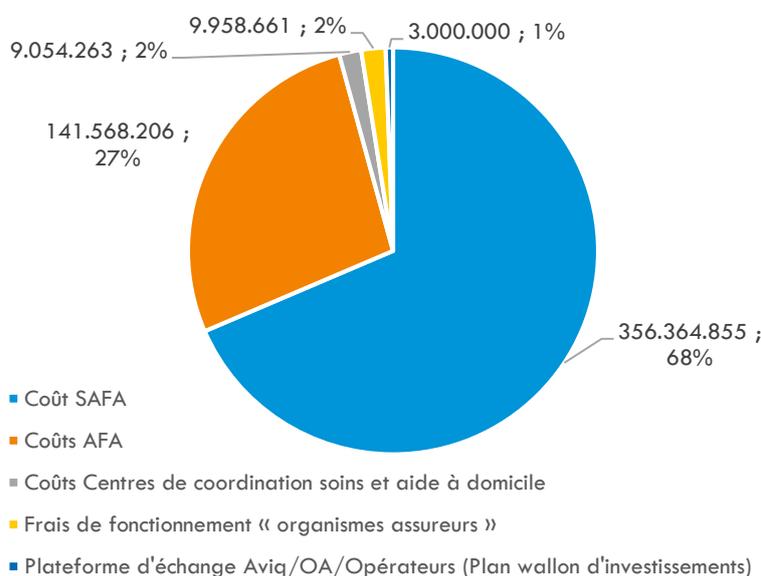
³⁰⁹ De plus, les dépenses, comme les recettes, sont présentées à euros constants dans le modèle économique. Néanmoins, dans la pratique, la majeure partie des sources de financement évoluent actuellement selon le rythme des dépassements de l'indice-pivot puisque ces budgets couvrent des rémunérations. La note au gouvernement du 21 juin 2018 évoque également la possibilité d'une indexation de la cotisation forfaitaire sur la base de l'évolution de l'indice santé. Dans ces circonstances, comme l'ont déjà relevé l'Inspection des finances et la CIF, une simulation à euros courants, donc tenant compte d'une estimation de l'évolution des paramètres macroéconomiques, permettrait de refléter au mieux le rythme d'évolution des dépenses, recettes et réserves du dispositif.

Annexe 7

Ventilation des coûts du projet d'assurance autonomie, par poste et par niveau de dépendance

Le coût annuel total de l'assurance autonomie (première et deuxième branches) était évalué à 520 millions d'euros en 2021³¹⁰. Les services d'aide à domicile (aide familiale, garde à domicile, aide-ménagère), soit la première branche de l'assurance autonomie, représentent 68 % de ce coût total, contre 27 % pour l'allocation forfaitaire autonomie (deuxième branche)³¹¹. Compte tenu des projections réalisées sur le nombre de bénéficiaires, ce coût devait atteindre 570 millions d'euros en 2030, à ventilation des dépenses par poste quasi identique.

Figure 10 – Répartition des coûts de l'assurance autonomie par poste en 2021



Source : cabinet de la ministre de l'Action sociale et de la Santé

Dans les simulations budgétaires, le coût de l'assurance autonomie en 2021 se répartissait comme suit entre les différentes catégories de dépendance. Un montant de 105 millions d'euros, soit 35 % du coût total de l'assurance autonomie (première branche), était consacré à la prise en charge de la perte d'autonomie d'origine purement sociale (bénéficiaires de niveau O), contre 195 millions pour la prise en charge de la dépendance (au moins)³¹² physique ou psychique.

³¹⁰ Ce montant comprend la quote-part des bénéficiaires, évaluée à 48 millions en 2021.

³¹¹ À noter l'existence d'un coût non récurrent, à savoir la mise en place d'une plateforme d'échange d'informations entre les différents acteurs impliqués dans l'assurance autonomie (organismes assureurs, Aviq, et opérateurs) pour un coût total de 15 millions d'euros sur la période 2019-2022, dont 3 millions imputés sur l'exercice 2021.

³¹² En effet, un certain nombre d'heures prestées auprès de personnes minimum de niveau A sur l'échelle de Katz (donc en situation de perte d'autonomie physique ou psychique) peut être consacré à la prise en charge d'aspects sociaux de la dépendance.

Tableau 13 – Ventilation du nombre de bénéficiaires, d’heures prestées et du coût par niveau de dépendance en 2021

Niveau de dépendance (échelle de Katz)	Nombre de bénéficiaires	Nombre d’heures prestées ³¹³	Coût ³¹⁴ (euros)	Coût (%)
D	386	46.315	1.296.823	0,4 %
Cd	619	89.117	2.495.273	0,8 %
C	6.516	1.954.923	54.737.850	18,2 %
B	10.125	2.186.949	61.234.585	20,4 %
A	18.706	2.693.636	75.421.819	25,1 %
O	31.221	3.746.461	104.900.916	35,0 %
Total	67.572	10.717.402	300.087.265	100 %

Source : cabinet de la ministre de l’Action sociale et de la Santé

³¹³ Tous services confondus.

³¹⁴ Le coût horaire est un coût moyen (tous services confondus), fixé à 28 euros de l’heure, soit un montant déduction faite de la quote-part personnelle moyenne de l’usager, qui est fonction de ses revenus.

Vous pouvez consulter ou télécharger ce rapport sur
www.courdescomptes.be



DÉPÔT LÉGAL
D/2021/1128/28

PRÉPRESSE ET IMPRESSION
Imprimerie centrale de la Chambre des représentants

PHOTO DE COUVERTURE
Graphe de la Cour des comptes (source des données : Bureau fédéral du plan)

ADRESSE
Cour des comptes
Rue de la Régence 2
B-1000 Bruxelles

TÉL.
+32 2 551 81 11

www.courdescomptes.be