Maisons de repos: tendances et indicateurs (2018)

ING

Maisons de repos: tendances et indicateurs (2018)

PROBIS

Préambule ING

Au vu de l'augmentation du nombre de seniors et du vieillissement de la population, les maisons de repos et de soins (MRPA/MRS) se voient confrontées à de nouveaux défis à relever dans des domaines aussi divers que le progrès technologique, la viabilité financière ou encore le marché du travail en constante évolution.

ING joue sans aucun doute un rôle prépondérant dans le financement des MRPA/MRS en Belgique. Au sein du secteur, ces changements ne laissent personne indifférent. C'est pourquoi ING a pris l'initiative, cette année encore, de mener une étude sur le secteur des MRPA/MRS.

Nous avons une nouvelle fois fait appel à Probis, société reconnue pour son expertise en la matière. Cette étude s'intègre également parfaitement à notre stratégie qui vise à fournir des informations privilégiées à nos clients, afin qu'ils gardent une longueur d'avance dans leur vie et dans leurs affaires. Nous cherchons sans cesse à nous améliorer pour vous conseiller au mieux et vous offrir un service de qualité.

Dans cette étude, nous poussons la réflexion un peu plus loin que l'an dernier. Nous avons en effet augmenté la taille de notre échantillon, approfondi plusieurs indicateurs et examiné de nouvelles perspectives.

Grâce à cette étude et à notre collaboration avec Probis, nous disposons à ce jour d'une meilleure compréhension du secteur des MRPA/MRS et des défis auxquels il fait face. Ce qui nous permet de continuer à approfondir l'expertise de nos Relationship Managers.

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à cette étude pour leur collaboration active et constructive. Nous espérons ainsi apporter notre contribution, aussi modeste soit-elle, à l'amélioration de la qualité des soins en Belgique.

Synthèse

Dans cette étude, nous présentons les différentes facettes du secteur des maisons de repos et des maisons de repos et de soins (MRPA/MRS). Nous analysons également un certain nombre d'indicateurs clés sur la base d'un échantillon de plus de 550 MRPA/MRS situées dans les différentes régions de notre pays (Flandre, Bruxelles et Wallonie). Nous présentons ainsi le secteur d'un point de vue unique avec ses différents pouvoirs organisateurs (organisme sans but lucratif, secteur public et secteur privé à vocation commerciale). Les soins aux personnes âgées sont solidement ancrés au niveau local. C'est pourquoi dans cette étude nous présentons de nombreux indicateurs à l'échelle des différentes provinces.

Parallèlement au vieillissement de la population, le secteur des MRPA/MRS a connu une croissance importante mais différenciée au sein des différentes régions et des différents types de pouvoir organisateur. Un nombre élevé de nouvelles structures de soins ont vu le jour et la capacité d'accueil a augmenté. La politique visant à investir en priorité dans cette capacité d'accueil supplémentaire a eu diverses conséquences également différentes selon les régions concernées.

Le secteur des soins aux personnes âgées et ses sous-secteurs sont en pleine évolution et connaissent un développement constant. Alors qu'au cours des décennies précédentes, c'est l'expansion de la capacité des structures (institutions de soins et résidences services) qui a été principalement mise en exergue, on observe un changement de paradigme visant à la mise en place dès aujourd'hui et dans un avenir immédiat d'une offre de soins plus diversifiée. Un nombre croissant de gestionnaires et cadres ont conscience que les besoins des seniors ont changé et que les MRPA/MRS « classiques » ne peuvent plus être les seules réponses proposées. Il ressort néanmoins de notre enquête que le chemin est encore long. En effet, environ un tiers des structures de soins (30,9 %) envisagent de développer une nouvelle structure ou d'agrandir un centre existant. Seule une structure sur dix exprime l'ambition, à court terme, d'étendre son offre de soins à un centre de services local non institutionnel ou à des services ambulatoires (par exemple, soins et aides à domicile, repas à domicile, services de repassage ou aide-ménagères, etc.).

Globalement, les taux d'occupation au sein des MRPA/MRS restent stables. La plupart des gestionnaires déclarent toutefois que les listes d'attente structurelles, encore d'application il y a trois ans, ne le sont plus - ou pratiquement plus - aujourd'hui. Il ressort de l'analyse des taux d'occupation et de notre étude qualitative relative aux perceptions des acteurs qu'un quart des structures éprouvent des difficultés à atteindre un taux d'occupation optimal (comme nous le mettrons en évidence, les différentes régions vivent à ce sujet des situations fort différentes).

On constate dans notre échantillon que le taux de dépendance [1] (pourcentage de résidents ayant besoin d'une assistance relativement importante) a continué de croître au cours des 3 dernières années pour passer de 76,2 à 78,3 %. En Flandre, la valeur médiane du taux de dépendance atteint 81 %, soit une médiane sensiblement plus élevée qu'à Bruxelles et en Wallonie (environ 70 %). Plus d'un tiers des résidents sont confrontés à une situation de démence. Ce chiffre a également augmenté au cours des 3 dernières années. La médiane atteint 34,4% (contre 32 % en 2013-14). Afin comprendre la répartition régionale de la zone de « recrutement des PA » des structures, nous avons également demandé aux participants de nous indiquer la région d'origine de leurs résidents. En moyenne, prêt de la moitié des

[1] La part des résidents présentant une échelle de Katz B, C, Cd et D

résidents (47,9 %) sont originaires de la commune où est implantée la structure, environ un quart (25,5 %) des communes avoisinantes et environ un quart (26,6 %) de la région au sens large. Il ressort de ces chiffres que, si la mission et l'ancrage local sont importants pour la plupart des structures (et des seniors), on constate néanmoins une certaine mobilité au sein de la région au sens large.

Malgré l'augmentation du taux de dépendance, le cadre du personnel n'a pratiquement pas changé au cours des 3 dernières années. La valeur médiane atteint 10,5 équivalents temps plein pour le personnel infirmier et le personnel de soins pour 30 résidents. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence entre évolution du taux de dépendance et stabilité de l'encadrement. Le besoin d'assistance du profil de résidents dans les divers organismes constitue un premier facteur explicatif majeur. En effet, certaines structures de soins se caractérisent par la présence d'un groupe important de seniors relativement autonomes et ne nécessitant que peu d'assistance. Le présent rapport analyse donc également l'utilisation du personnel en fonction du taux de dépendance. À titre indicatif, la valeur médiane des structures pour lesquelles ce taux est compris entre 60 et 70 % atteint environ 9,2 ETP /30 résidents pour le personnel infirmier et le personnel de soins. Pour les structures dont le taux est compris entre 80 et 90 %, elle est environ plus élevée de 25% (soit 11,7 ETP). Les détails complémentaires sont repris dans le rapport.

L'encadrement présent est en grande partie également lié aux flux (et caractéristiques) « entrants » et sortants de nouveaux collaborateurs. Il ressort de notre étude que la tendance au vieillissement globale au sein de notre société se reflète également dans le personnel de soins. Un quart des structures enregistrent une ancienneté barémique moyenne supérieure à 18,7 ans pour le groupe du personnel infirmier (ce qui reflète également le niveau de stabilité des emplois au sein du secteur). Pour le personnel aide-soignant et le personnel paramédical (KEL et PRR), elle s'élève à respectivement 13,6 et 15,6 ans. On constate en outre dans de nombreuses régions qu'il n'est pas simple d'attirer suffisamment de personnel qualifié et motivé. Une « guerre des talents » sévit ainsi constamment et la réforme du nombre d'années d'étude pour les infirmières n'améliore pas les possibilités d'engagement à court terme. L'afflux moyen (c-à-d l'engagement de nouveaux collaborateurs) est légèrement inférieur et ne suffit dès lors pas à compenser le vieillissement du personnel du secteur. Au cours de notre enquête, nous avons interrogé les structures sur ce point. Il s'avère difficile pour les MRPA/MRS d'engager du personnel infirmier, du personnel aide-soignant, ainsi que des kinésithérapeutes. Une difficulté exprimée par les sondés à hauteur de respectivement 87 %, 50 % et 61 %. Si cette difficulté est moins présente pour les ergothérapeutes, le personnel de nettoyage et le personnel de cuisine, ce point reste néanmoins non négligeable. Elle a été exprimée par les sondés à hauteur de respectivement 30 %, 19 % et 25 %.

Sur le plan du financement, on constate un déséquilibre croissant entre les différentes régions et pouvoirs organisateurs. La différence significative entre la Flandre, la région Wallonne et Bruxelles peut en grande partie être expliquée par une politique régionale divergente en matière de ratio de lits MRS. Les structures flamandes proposent en effet un ratio supérieur ce qui génère un financement plus conséquent en lien avec un encadrement majoré. Concrètement, cet encadrement plus important par résident (MRPA vs. MRS) atteint environ 75 %. Cette situation permet d'assurer un financement plus solide et de garantir une prise en charge de soins plus « confortable ». D'autre part, la différence historique entre les différentes structures flamandes (avec un financement inférieur des structures publiques et à vocation commerciale, et un financement plus élevé des structures sans but lucratif) est de ce fait réduite.

Quoique la majorité (57%) des sondés expriment une vision plutôt pessimiste de l'avenir financier de leur structure, une majorité investit pleinement dans les soins, plus particulièrement dans l'encadrement en soins. En effet, la médiane du chiffre d'affaires INAMI atteint 23 836 € par résident. Le pourcentage médian hors norme des structures dont le taux de dépendance est relativement faible atteint environ 23,7 %. Pour les structures dont le taux est moyen ou élevé, ce pourcentage est d'environ 17 %. En moyenne, les structures investissent 1.502 € en plus par résident et par an dans le domaine des soins (l'encadrement) prodigués aux résidents. En Flandre, nonobstant le financement supérieur lié au ratio MRS, ce chiffre est légèrement plus élevé que dans les autres régions (le communiqué de presse de juin 2018 de Mme La Ministre Gréoli fait état d'un soutien public de l'ordre de 19.517€/lit en RW). Il semblerait que la plupart des structures fournissent cet effort, et ce quel que soit la nature du pouvoir organisateur (structure publique, associatif (sans but lucratif) et à vocation commerciale).

Table de matières

Liste des abréviations 11

1. Introduction 13

2. Données et méthodologie 14
   - 2.1. Méthode 14
   - 2.2. Échantillon 14
   - 2.3. Présentation 16
   - 2.4. Limitations 17
   - 2.5. Statistiques descriptives 17

3. Gestion 20
   - 3.1. Question 20
   - 3.2. Offre 22
   - 3.3. Offre et demande : taux d'occupation 29

4. Profil des résidents 39
   - 4.1. Introduction 39
   - 4.2. Taux de dépendance 39
   - 4.3. Résidents souffrant de démence /désorientation dans le temps et dans l'espace 45
   - 4.4. Courts séjours 49

5. Effectif 53
   - 5.1. Introduction 53
   - 5.2. Encadrement en personnel 54
   - 5.3. Attirer de nouveaux collaborateurs 65
   - 5.4. L'ancienneté 67

6. Financement 73
   - 6.1. Financement des MRS 75
   - 6.2. Chiffre d'affaires INAMI 82
   - 6.3. Charges de personnel 84
   - 6.4. Coûts non financés 86
     - 6.4.1. Pourcentage au-delà de la norme 86
     - 6.4.2. Coût salarial des soins non financé 87
   - 6.5. Perspectives d'avenir. 90

7. Conclusion 92

Liste des abréviations

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité

RW : région wallonne

PA : personne âgée

MRS : Maison de repos et de soins

MRPA : Maison de repos pour personnes âgées

ETP : Équivalent temps plein

CS : Court séjour

CAJ : Centre d'accueil de jour

CSJ : Centre de soins de jour

Kiné : Kinésithérapeute

Ergo : Ergothérapeute

Logo : Logopède

IFIC : Institut de Classification de Fonctions

RS : Résidences Service

Katz catégorie:

O: Résident indépentant

A : soins légers - besoin d'assistance limité

B : dépendant de soins - besoin élevé de l'assistance de tiers

C : lourdement dépendant de soins - entièrement dépendant de tiers, cette catégorie comprend également les résidents comateux (type Cc) qui ont exclusivement accueillis dans un lit MRS et les résidents entièrement dépendant de tiers et souffrant de désorientation temporo-spatiale (type Cd)

D : Résident ayant fait l'objet d'un diagnostic de démence par un spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue). Catégorie non liée à l'utilisation de l'échelle de Katz

1. Introduction

En 2017, ING et Probis ont publié pour la première fois une étude sectorielle relative aux MRPA/MRS. Cette étude unique au niveau national a permis, grâce à différents indicateurs, de mieux comprendre le fonctionnement des différents types de MRPA/MRS (structures publiques, associatives (sans but lucratif) et privées à vocation commerciale) au sein des différentes régions de notre pays (Flandre, Wallonie et Bruxelles).

Le secteur des structures résidentielles pour personnes âgées est essentiel sur le plan social et économique. Ces structures, outre leur importance sur le plan macro-économique, sont un acteur clé au niveau local. Les MRPA/MRS sont bien souvent un employeur majeur de la région, ainsi qu'un moteur de l'économie locale. Il existe environ 1.500 structures en Belgique, où sont soignés chaque jour environ 148.000 seniors (dont 48.000 en RW). Si l'on tient compte d'une moyenne de 16 équivalents temps plein par 30 résidents (Probis ING 2017), cela signifie que plus de 78.000 équivalents temps plein travaillent au sein des maisons de repos et de soins dans notre pays.

Dans cette nouvelle étude, nous analysons les données les plus récentes (2018), ainsi que l'évolution constatée au cours des 3 dernières années (2015-2018). Nous avons largement étendu notre échantillon et l'avons complété avec de nouveaux indicateurs de perception. Ces indicateurs ont pour objectif de mieux appréhender (d'un point de vue qualitatif) les ressentis des cadres quant aux récentes tendances en matière de gestion (par exemple, gestion des listes d'attente, recrutement du personnel, etc.).Avec cette nouvelle étude, notre objectif est double : Nous souhaitons d'une part fournir aux gestionnaires de MRPA/MRS des données chiffrées clés qui leur permettent de se positionner de manière nuancée et, éventuellement, de corriger la politique menée. Nous souhaitons d'autre part apporter plus globalement notre pierre à l'édifice en éclairant les responsables politiques sur les évolutions du secteur.

Dans les pages qui suivent, nous décrivons la méthode appliquée et l'échantillon de l'étude. Nous allons ensuite cartographier le secteur en fonction de différents thèmes. Quatre approches ont été retenues. Nous commencerons par les chiffres relatifs à la gestion des MRPA/MRS (capacité, taux d'occupation, etc.). Nous nous pencherons ensuite sur les données relatives aux résidents. La manière dont les ressources humaines sont mises en œuvre sera également abordée. Enfin, nous terminerons par une analyse des données financières (coûts et recettes).

2. Données et méthodologie

2.1. Méthode

Nous avons invité l'ensemble du secteur des MRPA/MRS à participer à cette étude par le biais de mails, de rencontres lors de journées de formation ou de conférence mais également par sollicitation des cellules centrales tant publiques que privées et des associations représentatives.

Nous leur avons demandé de nous transmettre leurs données INAMI des années comptables 2015 et 2018. Ces données correspondent aux indicateurs de prestation des périodes de référence 2013-2014 et 2016-2017. Nous avons également invité les différentes structures à nous transmettre leurs données de facturation (journées par catégorie) INAMI par voie numérique. La manière dont ces données ont été collectées (via l'application web INAMI) et leur normalisation (les méthodes de calculs et d'interprétation des données sont inscrites dans la législation) forment par conséquent un bon point de départ pour cette étude.

Nous leur avons en outre posé des questions autour d'une cinquantaine de données supplémentaires. Ces questions ont été divisées en deux thématiques : (a) stratégies politiques et (b) indicateurs de perception. Plus concrètement, nous leur avons demandé dans quelle mesure ils envisageaient de poursuivre le développement de leurs activités dans le domaine des soins aux personnes âgées. Les indicateurs de perception ont pour objectif d' appréhender (d'un point de vue qualitatif) les ressentis des cadres quant aux récentes tendances en matière de gestion (par exemple, gestion des listes d'attente, recrutement du personnel, etc.).

2.2. Échantillon

Au total, plus de 550 MRPA/MRS ont pris part à cette enquête (588 structures). Soit un pourcentage de participation de 38,5 %. Dans le tableau ci-dessous, nous vous proposons un aperçu du pourcentage de la participation dans les différentes régions. En Flandre, le pourcentage de participation a atteint 45,3 %, à Bruxelles 24,0 % et en Wallonie 33,3 %.

Type	Flandre	Bruxelles	Wallonie
Nombre total de participants	**360**	**40**	**188**
% total	**45,3 %**	**24,0 %**	**33,3 %**
Total dans l'étude	113	7	22
% Sans but lucratif	**32,8 %**	**25,0 %**	**18,0 %**
Total dans l'étude	156	12	60
% Publique	**70,9 %**	**42,9 %**	**42,3 %**
Total dans l'étude	91	21	106
% À vocation commerciale	**39,6 %**	**18,9 %**	**35,3 %**

Tableau 1 : Pourcentage de participation - Par région

Avec 58,5 %, les structures publiques sont les mieux représentées dans l'échantillon. Le pourcentage de participation des structures privées à vocation commerciale[1] atteint 34,0 %. Le pourcentage de participation des structures associatives (sans but lucratif) atteint 28,7 %.

1 Dans cette étude, les MRPA/MRS établies sous la forme juridique « ASBL » qui appartiennent à un organisme à vocation commerciale sont considérées comme « structures privées à vacation commerciale '.

Type	Sans but lucratif	Publique	À vocation commerciale
% de participation	**28,7%**	**58,5%**	**34,0%**

Tableau 2 : Pourcentage de participation - Par type d'exploitant

Pour la Flandre et la Wallonie, nous avons également une vision des participations par province. Les différentes provinces sont représentées de manière relativement équivalente. Pratiquement la moitié des structures situées en Flandre occidentale, en Flandre orientale, dans le Limbourg et dans la province d'Anvers sont représentées dans l'échantillon. On constate cependant un pourcentage de participation inférieur dans la province du Brabant flamand (31,1 %). Si on analyse les différents types de structures (sans but lucratif, publiques ou privées à vocation commerciale) au sein des provinces, on constate d'importantes différences. Globalement, plus d'un quart de chaque type de structure est représenté dans chaque province. Seule la province de Flandre occidentale fait exception à la règle, avec un pourcentage de participation de 21,7 % pour les structures sans but lucratif et de 12,5 % pour les structures privées à vocation commerciale.

Type	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg	Brabant flamand
% Total	44,1 %	51,8 %	47,1 %	50,0 %	31,1 %
% Sans but lucratif	21,7 %	45,7 %	30,3 %	36,4 %	29,2 %
% Publique	92,6 %	69,8 %	74,5 %	45,8 %	46,4 %
% À vocation commerciale	12,5 %	37,5 %	48,5 %	64,1 %	25,4 %

Tableau 3 : Pourcentage de participation en Flandre - Par type d'exploitant

Les différentes provinces wallonnes sont représentées de manière relativement équivalente. Plus d'un tiers des structures des provinces du Hainaut, du Luxembourg et du Brabant wallon sont représentées dans l'échantillon. On constate un pourcentage de participation inférieur dans les provinces de Liège (27,5 %) et de Namur (24,0 %). En revanche, nous pouvons constater l'absence de participation en structure associative pour les provinces de Liège, Luxembourg et Brabant Wallon.

Type	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Brabant wallon
% Total	38,8 %	27,5 %	32,6 %	24,0 %	42,3 %
% Sans but lucratif	35,1 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %
% Publique	65,5 %	9,8 %	58,8 %	22,2 %	54;5 %
% À vocation commerciale	27,8 %	42,4 %	22,2 %	36,4 %	45,7 %

Tableau 4 : Pourcentage de participation en Wallonie - Par type d'exploitant

Sur l'ensemble du secteur interpellé, des institutions n'ont pas souhaité participer à l'étude. Les principales raisons invoquées par les structures pour motiver leur refus de participer à notre enquête sont :

- Le manque de temps dû à d'autres études et projets (internes) en cours.
- L'importance stratégique des indicateurs ; les structures ne sont par conséquent pas prêtes à partager ces données.
- La confidentialité d'un certain nombre de données et lien avec le nouveau règlement RGPD.

Il est clair que notre étude a été menée dans la même période que la mise en œuvre et l'information massive du RGPD. Ce dernier point est celui qui a le plus interpellé les institutions dans la transmission possible des données.

2.3. Présentation

Dans cette étude, nous vous présentons les chiffres clés sous la forme de médianes, quartiles et moyennes. Toutes les structures sont classées en fonction d'un paramètre spécifique (par exemple, le nombre de lits), par ordre croissant. La médiane est le chiffre de la structure qui se positionne au milieu. Ce qui signifie que la moitié des structures ont atteint un chiffre supérieur à cette structure et l'autre moitié, un chiffre inférieur. Nous indiquons également le chiffre clé du 1er quartile. Un quart des structures atteignent un score inférieur à cette valeur et trois quarts, un score supérieur. De même, nous indiquons le 3e quartile. Trois quarts des structures atteignent un score inférieur à cette valeur et un quart, un score supérieur. Les quartiles offrent un aperçu de la répartition (la mesure dans laquelle la variation est ou non importante entre les structures). Enfin, nous indiquons la moyenne. Pour ce faire, nous calculons le chiffre clé de toutes les structures, qui est ensuite divisé par le nombre de structures[2].

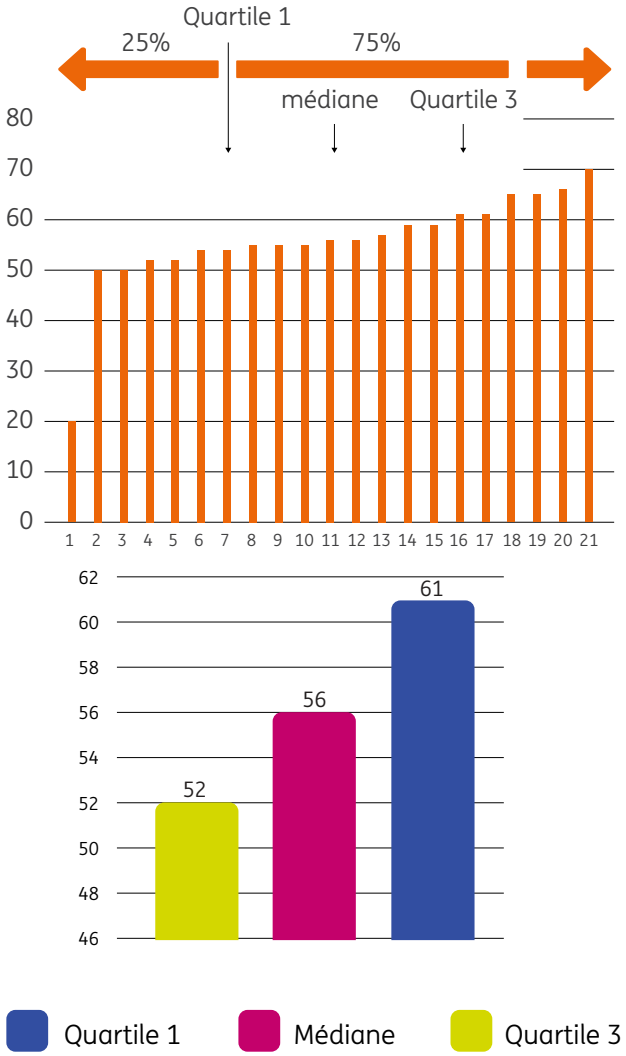


Figure 1 : Chiffres distinctifs

2 Ce chiffre distinctif (moyenne) est plus sensible aux valeurs extrêmes. Dans un exemple, les structures très grandes ou très petites auront un impact plus important sur ce chiffre. Et ce contrairement à la médiane et aux quartiles.

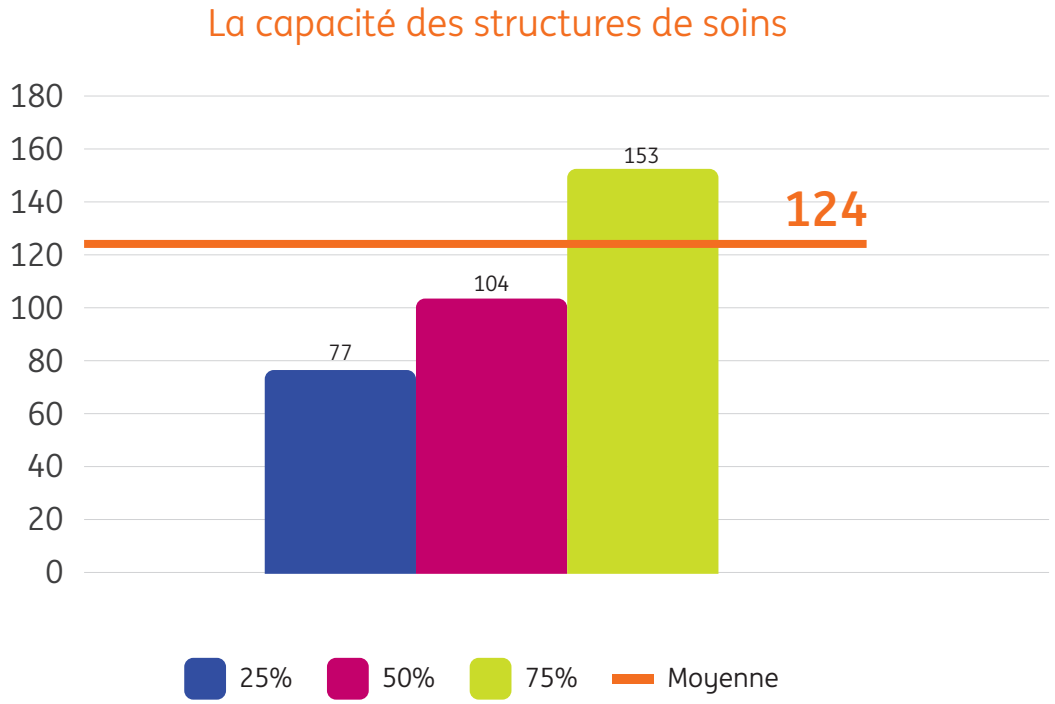
2.4. Limites

Cette étude porte sur les données d'une partie des maisons de repos et de soins belges. Bien qu'un grand nombre de structures y soient reprises, structures au demeurant réparties uniformément sur les différentes régions et différents pouvoirs organisateurs (structures publiques, sans but lucratif et privées à vocation commerciale), il convient de noter que toutes les structures n'y ont pas participé. De ce fait, les résultats de plusieurs indicateurs pourraient être biaisés.

L'étude se base sur les données INAMI. Dans l'interprétation de ces données, il convient de tenir compte de la réglementation et de la définition des données chiffrées qui se trouve à la base de ceux-ci.

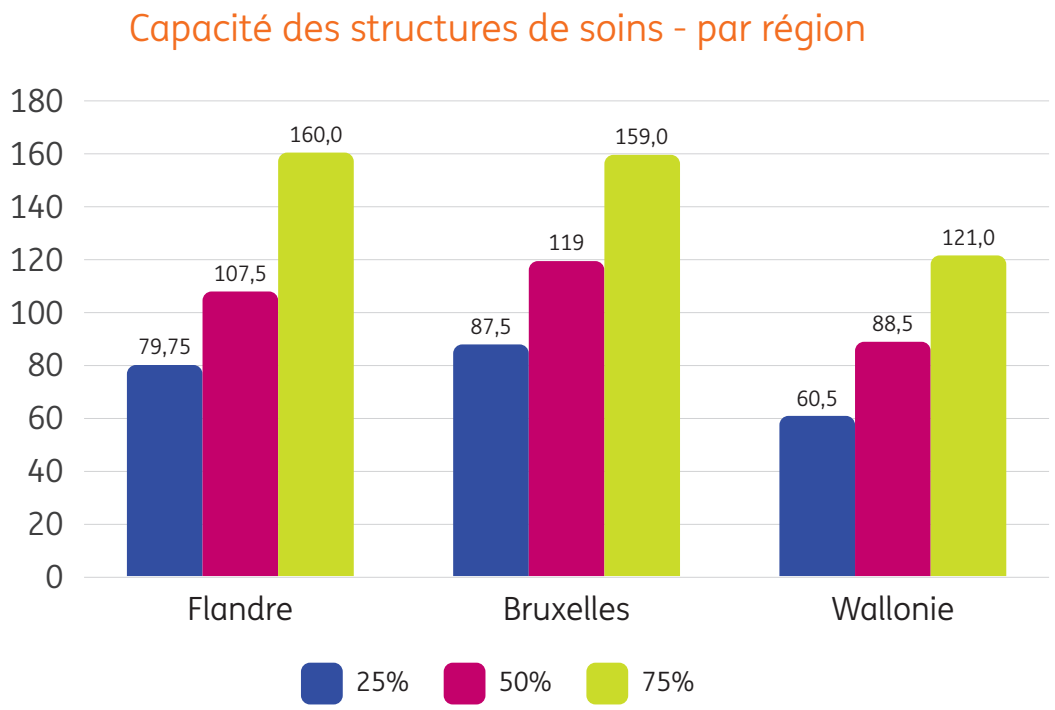
2.5. Statistiques descriptives

La capacité en agrément (voir la figure ci-dessous) des structures de soins considérées atteint respectivement 77 lits (en bleu ; premier quartile), 104 lits (en fuchsia ; médiane) et 153 lits (en vert ; troisième quartile). Le nombre moyen d'agréments (titre de fonctionnement) est de 124 lits.



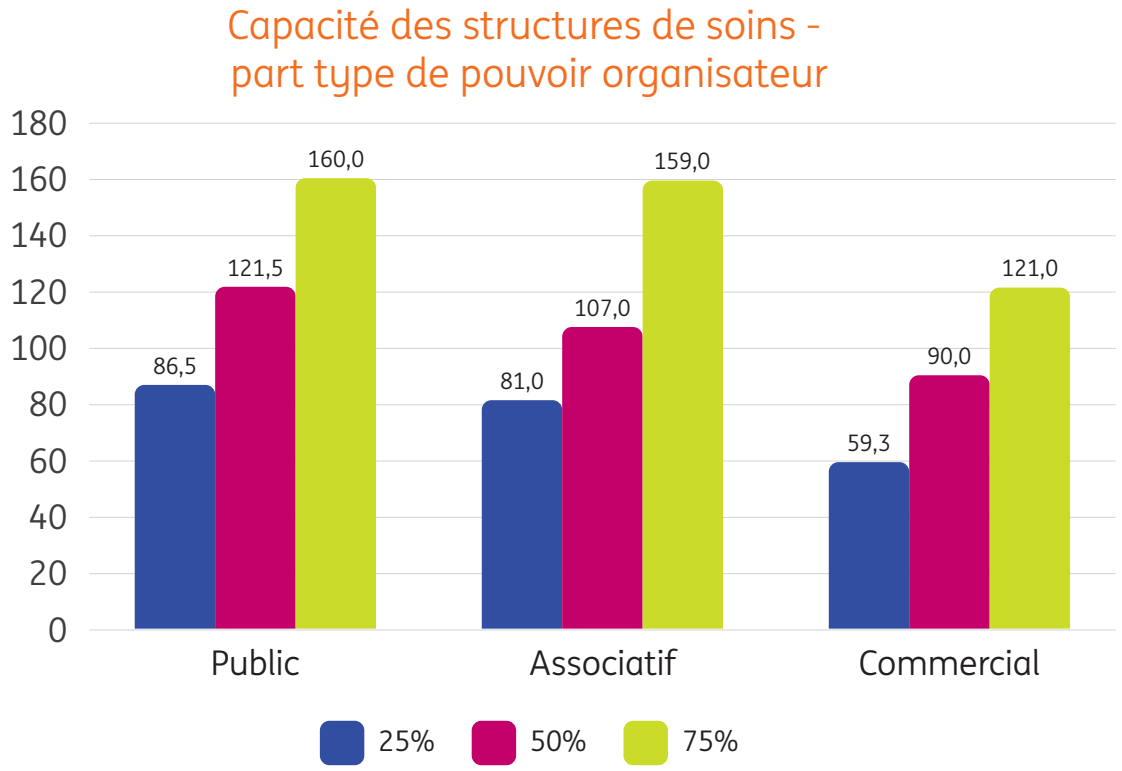
Graphique 1 : Capacités agréées de l'échantillon

Si on analyse la capacité en fonction des régions, les structures implantées à Bruxelles (médiane de 119 lits agréés et moyenne de 119 lits agréés) et en Flandre (médiane de 107,5 lits agréés et moyenne de 131,5 lits agréés) sont légèrement plus importantes que les structures implantées en Wallonie. Plus de la moitié des structures sont caractérisées par une capacité de moins de 90 lits agréés



Graphique 2 : Capacités agréées - Par région

De même, l'échantillon peut être considéré en fonction du pouvoir organisateur. La valeur médiane pour le secteur public s'élève à 121,5 lits agréés. Pour le secteur sans but lucratif, la valeur médiane est de 107 lits agréés. Et pour les structures privées à vocation commerciale, elle atteint 90 lits agréés. Ces dernières connaissent également la distribution la plus importante (la différence entre le 1er quartile et le 3e quartile est d'env. 60 lits agréés contre environ 80 lits agréés pour les autres sous-secteurs).



Graphique 3 : Capacités agréées - Par type de gestionnaire

Dans l'échantillon, les structures publiques de soins sont d'une plus grande capacité (valeur médiane de 121,5 lits agréés) que les structures privées (avec respectivement une valeur médiane de 107 lits agréés pour les organismes sans but lucratif et de 90 lits agréés pour les organismes privés à vocation commerciale).

Les différences de capacités identifiées dans notre échantillon correspondent (tant en ce qui concerne les régions que les pouvoirs organisateurs) aux différences sectorielles et historiques.

3. Gestion

3.1. Question

C'est enfoncer une porte ouverte que de dire qu'une part croissante de notre population fait partie du groupe des « seniors ». Outre cette tendance au vieillissement, on constate également qu'un nombre de plus en plus important de personnes faisant partie du groupe des seniors peuvent être considérées comme étant « très âgées ». Il n'est dès lors pas étonnant de constater que la demande en structures résidentielles pour personnes âgées reste particulièrement élevée.

Dans les nouvelles projections démographiques 2016-2060, publiées en 2017 par le Bureau fédéral du Plan et la Direction générale statistique[3], la part des seniors de 67 ans et plus passera de 16,2 % en 2016 à 17,5 % en 2022, et augmentera jusqu'à 22,1 % en 2040 et même 22,5 % en 2060. Le tableau 5 vous en donne un aperçu.

		2016	2022	2040	2060
Par groupe d'âges, en milliers					
67 ans et plus		1830	2033,4	2749	2936
	Dont 67-79	1208	1389	1693	1640
	Dont 80 - ...	622	644	1056	1296
Structure par âge en %					
67 ans et plus		16,2	17,5	22,1	22,5
	67-79	10,7	11,9	13,6	12,6
	80 - ...	5,5	5,5	8,5	9,9
Indicateurs					
Dépendance des personnes (67+ / 18+66)		25,5	28,2	38,5	39,4
Intensité du vieillissement (80+/67+)		34	31,7	38,4	44,1

Tableau 5: Évolution démographique (Bureau fédéral du Plan, 2017)

L'intensité du vieillissement (80+/67+) présente une tendance spécifique avec tout d'abord une baisse de 34 % (2016) à 31,7 % en 2022 avant de remonter à 38,4 % en 2040 et à 44,1 % en 2060. La baisse constatée dans les années à venir est principalement due à une progression importante du nombre de seniors de 67 ans et plus (augmentation de 15 %) par rapport à une progression relativement limitée du nombre de seniors de plus de 80 ans (augmentation de 3,5 %). Les seniors valides (qui se situent principalement dans la tranche d'âge 67-80) représentent sur le plan politique un groupe important capable d'assumer le rôle informel d'intervenants de proximité. D'une part, ces chiffres démontrent qu'à court terme (dans les années à venir), cela pourrait avoir un impact positif. C'est une opportunité que les acteurs sectoriels peuvent anticiper. D'autre part, à plus long terme (proportionnellement au nombre de seniors de plus de 80 ans), cette potentielle capacité d'intervenants de proximité chute.

D'un point de vue budgétaire (en raison du système de répartition sur lequel notre régime de sécurité sociale est basé), il est également important de réfléchir à la dépendance des personnes âgées[4]. Cette proportion atteint actuellement 25,5 % et va augmenter jusqu'à 38,5 % en 2040 et 39,4 % en 2060.

3 Bureau fédéral du Plan. Direction générale statistique. (2017). Projections démographiques 2016-2060. 50 pages https://www.plan.be/admin/uploaded/201703070757590.FOR_POP1660_11440_N.pdf

4 Le degré de dépendance est le rapport entre le nombre de seniors de plus de 67 ans et + et la population active âgée entre 18 et 66 ans.

Enfin, nous aimerions souligner que les chiffres ci-dessus représentent une moyenne au niveau de notre pays. D'importantes différences peuvent apparaître au niveau régional. Le Bureau fédéral du Plan (2017) délivre également des informations intéressantes à ce niveau. Ci-dessous, nous analysons la tranche des 67 ans et plus par région. La figure illustre la situation spécifique à la côte belge, où l'on retrouve une concentration importante de seniors. En Flandre, on retrouve le nombre le plus importants de seniors dans les provinces de Flandre occidentale et du Limbourg. En Wallonie, c'est principalement le cas dans la province de Namur et dans une moindre mesure dans les provinces du Hainaut et du Luxembourg.

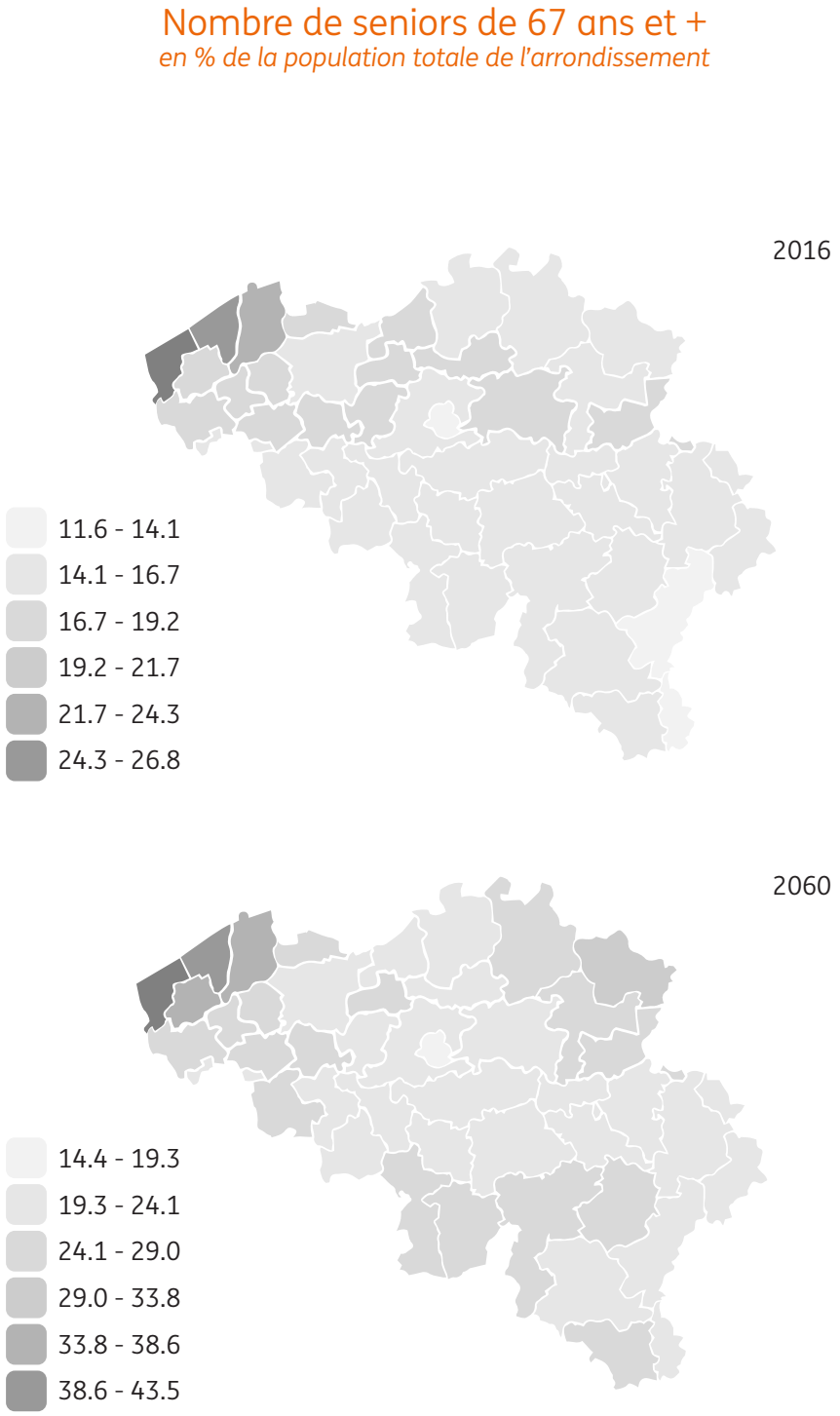


Figure 2 : Projections démographiques 2016-2060 (Bureau fédéral du Plan, 2017)

3.2. Offre

Évolution de la capacité des MRPA/MRS

La création de nouvelles institutions ou l'augmentation de capacités au sein des structures existantes est soumise à des règles de programmation qui accordent la priorité à une répartition de l'offre adaptée en fonction des besoins tant en termes d'espace, que de temps mais aussi de l'équilibre de présence des différents pouvoirs organisateurs (en RW). Cette approche ne tient toutefois pas assez compte des évolutions démographiques (par ex. période prolongée sans besoin d'assistance), des évolutions économiques (par ex. variation des revenus de la population), des évolutions technologiques (par ex. dispositifs de téléassistance, capteurs de chutes,...), des évolutions sociétales (par ex. nombre de PA vivant en ménage), des fluctuations politiques (par ex. incitation à la création de nouvelles formes alternatives de prise en charge), des évolutions culturelles (diversité ethnico-culturelle croissante), des évolutions d'autres secteurs médico-sociaux (vieillissement des personnes handicapées, vieillissement des personnes présentant des pathologies psychiatriques). Une zone de tension entre l'offre et la demande peut donc voir le jour. Plus concrètement, on pourrait assister à un excédent d'offre, qui risquerait d'engendrer un phénomène d'inoccupation. La politique et les constats actuels des différentes régions divergent sur ce point. Il faut donc en tenir compte, dans l'evolution du nombre de lits nécessaires, aux différentes régions.

La Flandre a mis en place un calendrier des agréments. Ce dernier définit le nombre maximum de lits pouvant obtenir un agrément pour les MRPA/MRS et les centres de CS (2015-2025). Pour les années à venir, 1389 logements supplémentaires sont ainsi prévus chaque année. Ce calendrier des agréments est conçu de sorte qu'en 2015 et en 2016, un développement plus important a été réalisé par rapport à ce calendrier (respectivement 2348 et 3287 logements). En 2017 et 2018, un développement supplémentaire sera consenti avec 1161 logements (au cours des deux années). Globalement, au cours des années précédentes, les efforts ont été principalement concentrés sur l'expansion de l'offre résidentielle (12 % dans la période 2013-17).

Bruxelles se trouve dans une situation un peu particulière et tendue. En effet, la métropole connaît un excédent d'offre qui est clairement constaté par les institutions en particulier les institutions qui ont été créées au cours des dernières années. L'analyse des taux d'occupation dans le présent rapport confirmera cette situation. Les raisons de ce constat sont à plusieurs axes. Inévitablement, la mise en œuvre tardive (juillet 2017) de la programmation a entrainé une « distribution » importante d'autorisations (= accords de principe) à la création et au développement des institutions. Par ce fait, nombreux pouvoirs organisateurs ont concentré leur développement sur cette région. Par ailleurs, les caractéristiques économiques de Bruxelles (coûts à la construction) ont poussé au développement d'institution présentant une structure de prix élevée. Et ces éléments doivent être appréhendés dans un contexte démographique (intensité de vieillissement) et culturel (diversité) qui ne correspond pas aux autres régions. Bruxelles devra donc passer par une période pendant laquelle les autorisations seront peu importantes afin de réguler le marché. Par ailleurs, l'ordonnance de programmation prévoit également des règles en matière de répartition des nouveaux lits MRS et de CS de manière préférentielle (50%) aux secteurs public et associatif. Enfin, signalons la volonté en COCOM de mettre en œuvre une procédure de récupération des lits en autorisation spécifique et en portefeuille qui ne font pas l'objet d'un projet concret à court terme.

En ce qui concerne la RW, la question de la programmation connait une modification majeure depuis juillet 2018 par l'approbation par le gouvernement d'une note de réforme de l'aide aux ainés qui entrainera la création de 11.907 lits à l'horizon 2030. Outre cette adaptation, le texte prévoit un assouplissement des règles de répartition et des critères de priorité des accords de principe. Différents axes sont également intégrés au texte. Parmi ceux-ci, soulignons :

- Possibilité de partenariats entre les différents secteurs (pouvoirs organisateurs)
- Adaptation des règles d'octroi et de paiement des subsides
- Adaptation des règles de fixation des prix d'hébergement et des suppléments

Évolution future de l'offre de soins

Le secteur des soins aux personnes âgées est en pleine évolution et connait un développement constant. Alors qu'au cours des décennies précédentes, c'est l'expansion de la capacité des MRPA/MRS (capacité supplémentaire au sein des MRPA/MRS[5]) qui a été principalement mise en exergue, on observe un changement de paradigme visant à la mise en place dès aujourd'hui et dans un avenir immédiat d'une offre de soins plus diversifiée. Un nombre croissant de gestionnaires et cadres ont conscience que les besoins des seniors ont changé et que les MRPA/MRS classiques ne peuvent plus être les seules réponses avancées.

Il ressort de notre enquête que la priorité a été donnée à la construction de résidences services (sur le site des MRPA/MRS ou non ou dans l'environnement plus large de l'offre existante). Environ la moitié des structures (47,9 %) ont indiqué qu'elles disposent déjà à l'heure actuelle de résidences services sur leur site d'hébergement. Parmi les structures qui ne disposent pas encore de ce type de résidences, 12,2 % ont indiqué envisager d'en construire à court terme. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que les structures proposent (ou non) des résidences services :

Certaines de ces structures de soins se situent dans une zone urbanisée où elles ne disposent pas d'assez d'espace pour construire des résidences services. Les différents promoteurs ne disposent en outre pas à l'heure actuelle de suffisamment de moyens pour se lancer dans ce type de projets d'investissement (en combinaison avec d'autres besoins d'investissement). Enfin, il ressortait déjà de notre étude relative aux résidences services (ING-Probis, 2017) qu'il existait, dans un certain nombre de régions, un déséquilibre entre l'offre et la demande de résidences services (déséquilibre associé à une surcapacité du marché classique de la location). La figure ci-dessous illustre ce point en détail[6].

5 Cette capacité supplémentaire a été concrétisée sous le type d'agrément MRPA – Maison de repos pour personnes âgées.

6 Cette étude porte sur le marché des résidences services et présente des données intéressantes relatives au benchmark.

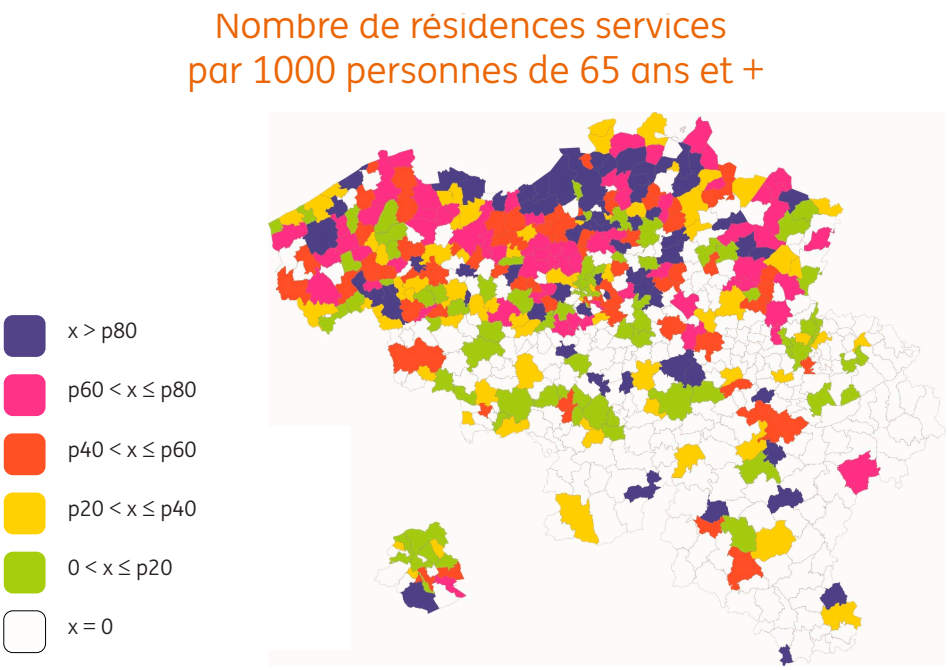


Figure 3 : Nombre de résidences services proportionnellement au nombre de personnes de 65 ans et plus - Par région (ING-Probis, 2017)

Le groupe cible des résidences services est double avec cependant des disparités régionales. Par exemple : En Flandre, on retrouve d'une part des logements en location, situés à proximité des MRPA/MRS (et généralement avec une connexion directe). Ce sont les seniors dépendants, confrontés à des problèmes physiques et cognitifs, et faisant face à la problématique de l'isolement, qui en constituent le groupe cible. On retrouve d'autre part des logements un peu plus éloignés des MRPA/MRS (sur le site ou dans le voisinage direct). Ceux-ci sont dédiés à des seniors dont la dépendance est relativement limitée, mais qui sont néanmoins à la recherche d'un environnement de vie adapté et auront besoin, dans un futur proche, de soins (potentiellement) plus réguliers (pour eux-mêmes ou pour leur conjoint).En Wallonie, nous trouvons un développement plus frileux et plus retardé des résidences services. Plusieurs raisons peuvent être évoquées : L'exception du contexte de la copropriété au concept de RS agréé, la capacité (actuelle) limitée à 50 logements maximum, l'accès limité aux PA peu dépendantes mais aussi la relative jeunesse du concept. Si le début d'activité semble ardu (difficulté d'atteindre rapidement un taux d'occupation optimal), nous observons un réel développement actuel de l'attrait pour ces structures. Elles sont le plus souvent en liaison directe avec une MRPA/MRS.

Il apparaît également que les structures qui ne disposent actuellement pas (ou seulement en quantité limitée) d'une capacité d'accueil pour court séjour envisagent d'y consacrer une plus grande attention. 13,4 % des structures envisagent à l'avenir d'investir plus activement dans le secteur des courts séjours. Environ la moitié (54,6 %) de ces structures disposent déjà de lits de court séjour, mais souhaitent élargir cette offre. L'autre moitié ne dispose pas encore de l'agrément « court séjour ». Les courts séjours jouent un rôle de passerelle, et ce principalement dans deux cas :

Dans un premier cas, le court séjour permet une passerelle avec l'aide de proximité (le senior, soutenu par des intervenants de proximité, bénéficie de soins dans son propre logement). L'accueil provisoire dans un lit de court séjour permet de soulager quelque peu les intervenants de proximité et les soignants à domicile.

Dans un deuxième cas : ces lits de court séjour assurent une passerelle en fonction de la récupération de l'autonomie (par ex. l'accueil en court séjour peut être déclenché après une hospitalisation, si le senior n'est pas assez autonome pour bénéficier d'une assistance à domicile ; le senior rentre ensuite chez lui) A défaut de récupération, la PA optera alors pour un hébergement en long séjour. Malgré l'importance des courts séjours dans le paysage des soins, il apparaît clairement dans les chiffres qu'à l'heure actuelle, ils ne sont développés que dans une moindre mesure. Plus d'un quart des structures de notre échantillon ne proposent pas ce type d'offre. On constate que les courts séjours sont plus développés en Flandre que dans les autres régions. La proportion de ce type d'agréments par rapport à la capacité totale atteint 2,5 % pour la valeur médiane et 4,2 % pour le 3e quartile. C'est moins le cas en Wallonie et à Bruxelles. Seul un nombre restreint des institutions MRPA (environ un quart) proposent des courts séjours. Il apparaît également dans les chiffres que certaines structures voient clairement une valeur ajoutée dans les courts séjours et proposent de ce fait une proportion relativement élevée de courts séjours. On constate en outre que les courts séjours sont moins développés dans les structures à vocation commerciale (par rapport aux structures sans but lucratif et publiques).

En Flandre, les chiffres de l'Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence flamande des soins de santé) (2018) laissent apparaître qu'au cours des 5 dernières années, l'offre de soins en courts séjours a augmenté d'environ 37 %. Il faut par ailleurs signaler que d'un point de vue financier, l'exploitation des courts séjours est moins « attrayante ». Cette situation s'explique par la durée d'accueil limitée qui engendre un taux d'occupation plus faible. D'autre part, le groupe cible de ce type d'accueil est précisément constitué des seniors présentant un besoin de soins limité et pour lesquels le personnel d'encadrement prévu est restreint.

Nous avons déjà mentionné le fait que de nombreuses MRPA/MRS souhaitent de plus en plus différencier leur offre, par le biais (par exemple) d'un centre d'accueil de jour (CAJ), d'un centre de soins de jour (CSJ) ou éventuellement, d'un centre de services à domicile.

Nos chiffres reflètent ainsi une évolution importante concernant les centres de soins de jour. Environ un tiers des institutions de soins (30,93%) envisagent de fonder un nouveau centre de soins de jour ou d'agrandir un centre existant. Et ce malgré le contexte financier qui démontre que les centres d'accueil de jour sont généralement une activité déficitaire. Enfin, plusieurs promoteurs n'identifient pas une demande suffisante pour ce type de services.

Plus particulièrement en Flandre : La création d'un centre d'acceuil de jour est moins souvent citée. À l'heure actuelle, à peine 13,02 % (8,28 % pour la création, 4,73 % pour l'extension) des structures flamandes envisagent de créer ou de développer un CAJ. Sur ce point, il y a encore beaucoup de chemin à parcourir. Le contexte financier (les CAJ sont, à quelques exceptions près, déficitaires) en est un motif majeur. Autres obstacles importants : l'accessibilité (bonne accessibilité en transport en commun ou alternative[7]) ou, dans ce même contexte, la nécessité de créer son propre service de transport (pour transporter les seniors depuis et vers le centre de services). Deuxième motif majeur : la mission des CAJ est trop éloignée de la mission centrale actuelle qui se concentre sur les soins (et moins sur la prévention et le divertissement). Ce qui engendrerait donc une modification de la mission des prestataires de soins. Dernier motif : le cadre d'exigences rigoureux et le contenu strict sur le plan des activités des centres de services.

Il est plus étonnant de constater que seule une minorité de promoteurs envisagent, dans un futur proche, de créer des services ambulatoires (notamment, des services d'aide aux familles et de soins à domicile (11,86 %), services de soins et d'aides à domicile (15,46 %) et autres services ambulatoires). Ces derniers incluent la livraison de repas à domicile (7,73 %), des services de repassage, les titres-services, une politique de prévention ambulatoire avec un ergothérapeute, un psychologue, etc. Pour la grande majorité, la mission principale reste centrée sur les structures résidentielles pour personnes âgées.

Dans ce contexte, il est important de souligner que le décideur politique flamand étudie actuellement la possibilité de requalifier des autorisations déjà délivrées et d'éventuels agréments en MRPA/MRS au profit de ces autres formes de soins (par ex. soins à domicile). À la lumière des chiffres ci-dessus, la transition vers une offre plus diversifiée dans un futur proche constitue un véritable défi politique.

7 Par ex. Une Centrale des Moins Mobiles.

Soins et aide de proximité

Outre les structures de soins (tel que décrit ci-dessus), la Flandre mise de plus en plus sur les « quartiers de soins ». Dans ce concept, les personnes âgées vulnérables peuvent vivre en toute sécurité à leur domicile tout en se voyant proposer, outre l'assistance professionnelle nécessaire, des soins de proximité informels.

Si les seniors représentent une part de plus en plus importante de la population, il convient également de tenir compte d'une autre tendance majeure : l'augmentation de l'espérance de vie. Nous ne vivons pas seulement plus longtemps, mais également plus longtemps en bonne santé. Une récente enquête néerlandaise[8] menée par le « Centraal Bureau voor de Statistiek » (Bureau central de la statistique) (2018)[9] a permis d'établir la projection suivante. Il ressort de ces chiffres que l'espérance de vie sans incapacité augmente fortement. Après 67 ans, l'espérance de vie sans incapacité est de plus de 10 ans (11,6 ans pour les hommes et 10,2 ans pour les femmes) et cet intervalle va augmenter jusqu'à près de 14-15 ans (en 2040). Ce groupe de seniors peut potentiellement jouer un rôle important dans la mise en place des aides de proximité. Cet aspect souligne le rôle potentiel que peuvent jouer les structures (via l'organisation de soins avant transfert en institution, l'assistance et la formation des aides de proximité, etc.).

8 On peut concevoir que l'espérance de vie en bonne santé prévue aux Pays-Bas peut être appliquée aux chiffres Belges bien que toutes les études sur le sujet ne vont pas toujours dans le même sens.

9 Centraal bureau voor de statistiek. (2018). Projecties gezonde levensverwachting 2018 en 2014. https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/12/projecties-gezonde-levensverwachting-2018-en-2014

		2020	2025	2030	2035	2040
Période : Espérance de vie à la naissance						
Hommes						
	Espérance de vie totale à la naissance	80,7	81,5	82,3	83,1	83,8
	Espérance de vie sans incapacité	73,3	74,4	75,4	76,4	77,4
	Espérance de vie en bonne santé	65,8	66,5	67,2	67,9	68,6
Femmes						
	Espérance de vie totale à la naissance	83,7	84,5	85,3	86,2	87,0
	Espérance de vie sans incapacité	71,4	72,5	73,6	74,7	75,8
	Espérance de vie en bonne santé	63,5	64,1	64,8	65,5	66,3
Période restante : Espérance de vie 67 ans (âge 31-12)						
Hommes						
	Espérance de vie totale restante	16,6	17,2	17,8	18,4	19
	Espérance de vie restante sans incapacité	11,6	12,4	13,2	13,9	14,7
	Espérance de vie restante en bonne santé	8,2	8,6	9,1	9,6	10,1
Femmes						
	Espérance de vie totale restante	19,1	19,7	20,3	21	21,7
	Espérance de vie restante sans incapacité	10,2	11	11,9	12,7	13,6
	Espérance de vie restante en bonne santé	7,5	8	8,4	8,9	9,5

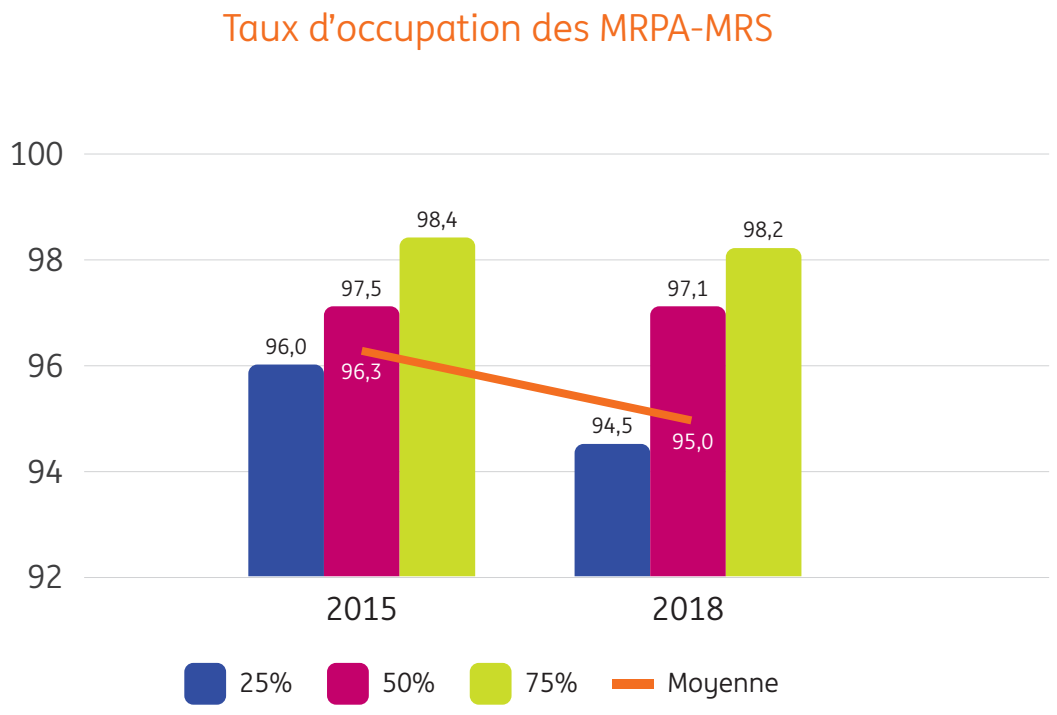
Tableau 6 : Projection de l'espérance de vie (en bonne santé) 2018-2040 (CBS, 2018)

3.3. Offre et demande : taux d'occupation

Dans les paragraphes ci-dessus, nous avons brièvement décrit les tendances en matière de vieillissement. La demande en structures résidentielles pour personnes âgées reste de ce fait particulièrement élevée.

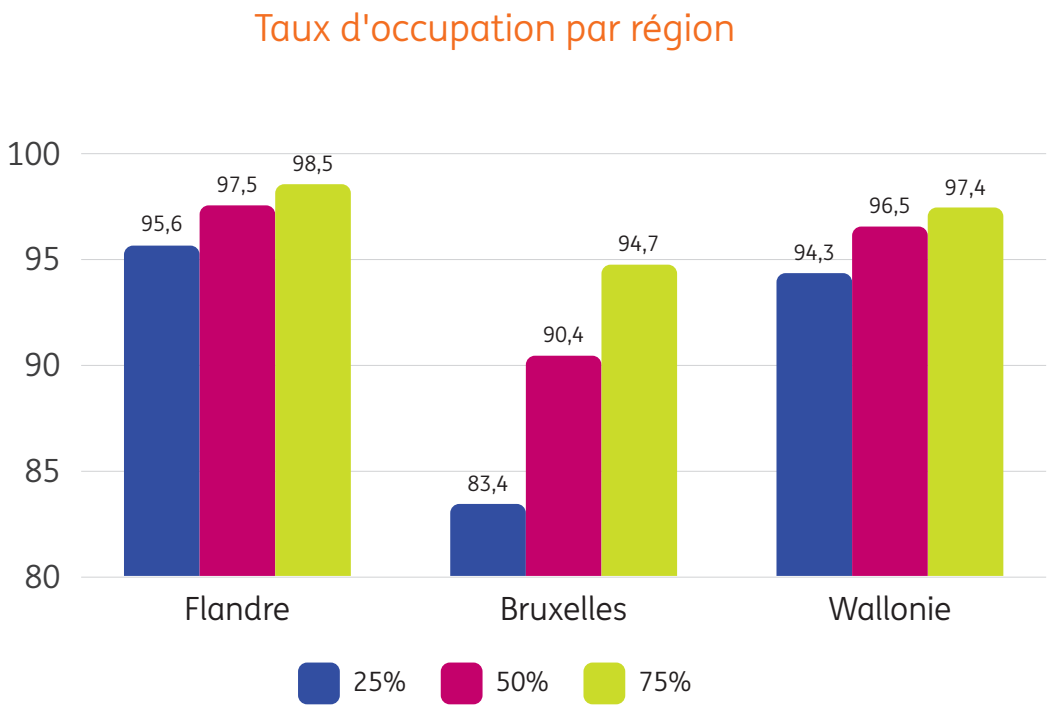
L'équilibre/le déséquilibre régional entre l'offre et la demande se reflète dans le taux d'occupation des MRPA/MRS.

D'un point de vue global, le taux d'occupation dans les institutions est élevé. La valeur médiane du taux d'occupation INAMI atteint 97,1 %. Un quart des structures de soins atteignent même un score supérieur à 98,2 %. Compte tenu du nombre inévitable de lits inoccupés (par exemple en cas d'hospitalisations ou de décès), il s'agit là très bonnes performances. Bien que les taux d'occupation de la plupart des structures de soins soient considérés comme élevés, ces données étaient encore plus élevées il y a 3 ans. La moyenne est ainsi passée de 96,3 % à 95,0 %. La figure ci-dessous illustre cette baisse au niveau des quartiles et de la valeur médiane.



Graphique 4 : évolution du taux d'occupation des MRPA-MRS

Les chiffres sous-jacents des différentes régions montrent cependant une image bien différenciée et l'influence de chaque région dans les résultats globaux.



Graphique 5 : Taux d'occupation des MRPA-MRS - Par région

En Flandre, on constate un taux d'occupation variable au sein des institutions en fonction des provinces. Dans certaines provinces, la demande n'est pas suffisante pour fonctionner à pleine capacité. Concrètement, c'est le cas de la province du Limbourg (1er quartile : 92,8 % ; valeur médiane 95,8 %) et de la province d'Anvers (1er quartile : 95,0 %). Une analyse plus poussée nous révèle que ces chiffres plus faibles sont constatés principalement dans deux cas spécifiques :

Premier cas : une région qui vient de connaître une majoration importante du nombre de lits. Cette capacité additionnelle connaît une phase de lancement, entrainant une chute du taux d'occupation dans la province concernée.

Deuxième cas : les zones disposant d'une densité relativement élevée de logements, combinée à une offre élevée de structures résidentielles pour personnes âgées. Il s'agit de zones fortement urbanisées (c'est-à-dire les grandes villes et centres-villes). Cette situation est moins souvent observée dans les villes et communes plus petites et à la campagne.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	96,9	97,0	85,0	92,8
Médiane	97,8	98,3	97,2	95,8
3e quartile	98,6	98,9	98,1	97,8
Moyenne	96,3	98,5	95,3	92,4

Tableau 7 : Taux d'occupation - Provinces flamandes

Bruxelles occupe une situation particulièrement spécifique. Le contexte métropolitain y est

particulièrement marqué. Le contexte culturel et socio-économique est en outre différent de celui des autres régions. D'ici 2025, presque la moitié des personnes âgées vivant à Bruxelles seront d'origine allochtone. Ces personnes ont plus difficilement accès à l'offre d'aide et d'assistance existante (Fondation Roi Baudouin, 2011)[10]. Un déséquilibre s'est installé au cours de la dernière décennie, déséquilibre associé à une surcapacité relative. Bruxelles compte pratiquement 12 lits pour 100 personnes de 65 ans et plus. Soit environ le double de la capacité disponible en Flandre-Wallonie. Ce déséquilibre se traduit également dans les données d'occupation (la valeur médiane à Bruxelles est de 90,4 %).

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	93,2	92,5	83,4
Médiane	97,4	96,4	90,4
3e quartile	98,3	97,2	94,7
Moyenne	94,4	93,6	87,0

Tableau 8 : Taux d'occupation - Région de Bruxelles

En Wallonie, le taux d'occupation est également élevé. À l'heure actuelle, à quelques exceptions près, on ne constate aucun taux d'occupation faible. Le tableau ci-dessous reprend un aperçu par province. La province de Liège présente les taux d'occupation les plus faibles.

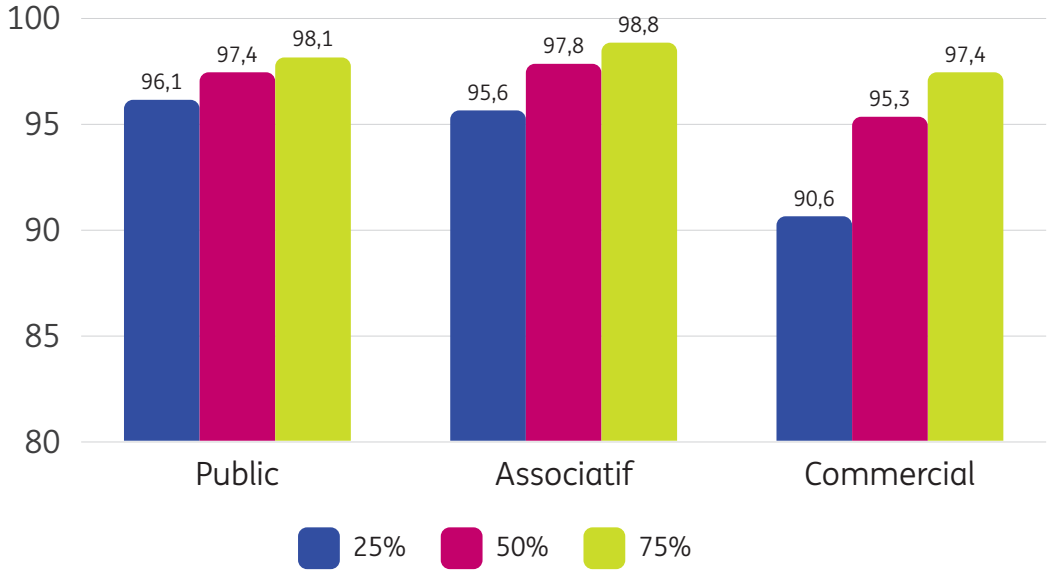
	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	95,5	93,0	94,0	90,5
Médiane	96,5	97,0	97,0	94,6
3e quartile	97,3	97,3	98,2	97,4
Moyenne	96,0	95,7	96,2	93,1

Tableau 9 : Taux d'occupation - Provinces wallonnes

Si nous analysons les différences entre les différents pouvoirs organisateurs des MRPA/MRS, nous constatons un pourcentage d'occupation plus faible dans les structures à vocation commerciale (valeur moyenne de 91,8 %) par rapport aux organismes sans but lucratif (moyenne de 97,0 %) et aux organismes publics (moyenne de 96,3 %). Il est cependant important de souligner que cette différence peut être partiellement expliquée par le fait que l'on retrouve en région bruxelloise, une majorité de nouvelles structures les structures à vocation commerciale.

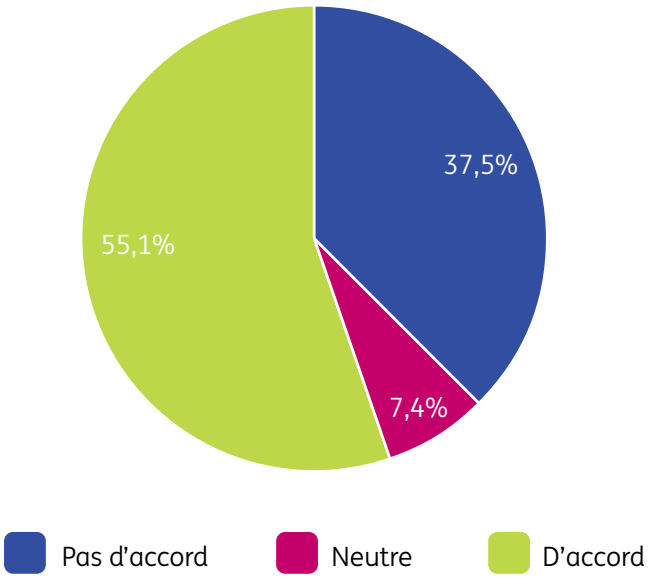
10 Fondation Roi Baudouin. (2011). Migrants âgés, seniors de chez nous : des leçons tirées de la pratique. 68 pages. https://www.kbs-frb.be/nl/Virtual-Library/2011/295158

Taux d'occupation - par type de pouvoir organisateur

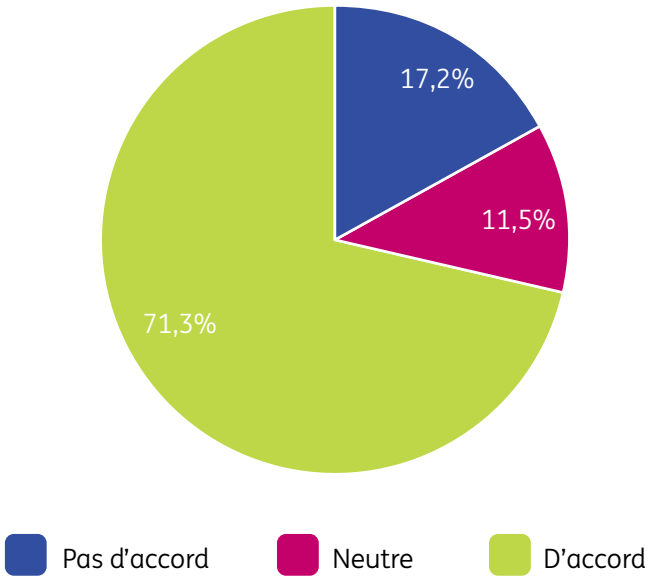


Graphique 6 : Taux d'occupation - Par type de pouvoir organisateur

Afin d'appréhender la gestion des listes d'attente, nous avons également mis en place des indicateurs de perceptions sur lesquels nous avons interrogé notre échantillon. Vous en trouverez un aperçu graphique ci-dessous. Un peu plus d'un tiers (37,5 %) des structures indiquent que lorsqu'une chambre se libère, elles ne parviennent pas immédiatement à réaliser une admission (d'un résident correspondant au groupe cible défini). Cela pose des problèmes pour la majorité des structures (55,2%). Pour mettre en lumière l'évolution, nous avons également demandé aux participants comment leur liste d'attente a évolué au cours des 3 dernières années. La tendance est clairement à la baisse. Cette tendance nous a été confirmée par la majorité des personnes interrogées (71,3%). Seuls 17,2 % ont indiqué ne pas être d'accord avec cette affirmation. À la lumière des projections relatives au vieillissement (qui soulignent que le vieillissement a été limité au cours des premières années), nous pouvons nous attendre à ce que cette situation perdure (pour prendre, toutes choses restant égales, une autre perspective dans environ 5 ans).

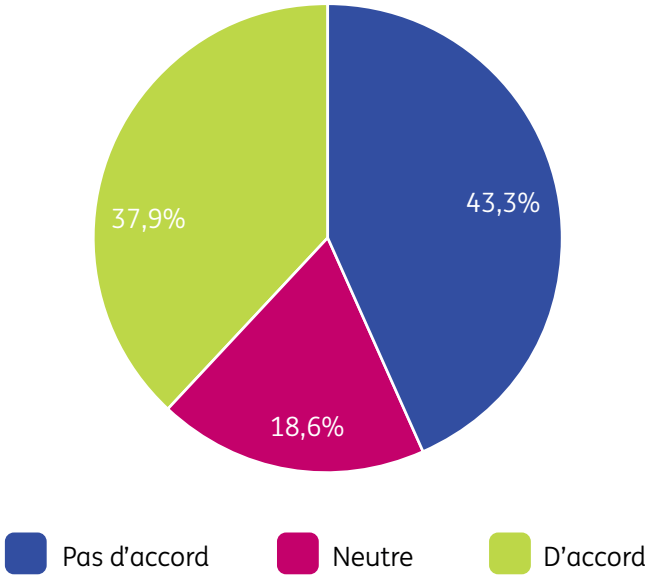


Graphique 7 : Lorsqu'une chambre se libère, une nouvelle admission a lieu dans un délai de 5 jours.



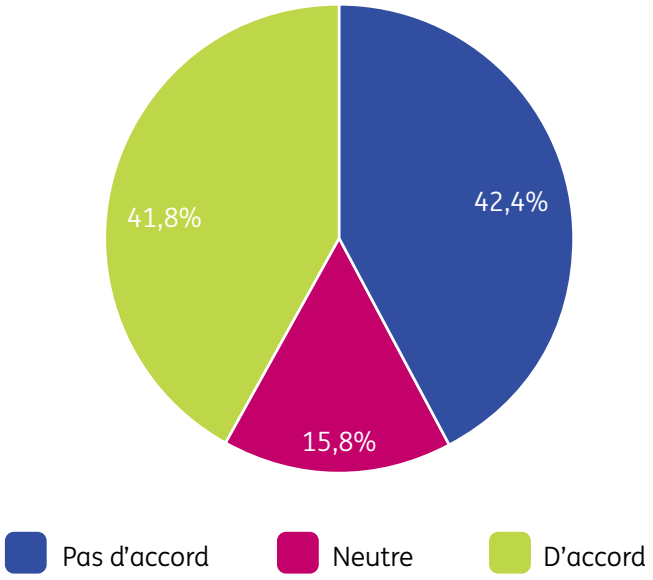
Graphique 8 : Notre liste d'attente active a fortement diminué au cours des 3 dernières années.

Nous avons également demandé à notre échantillon de se projeter dans le futur. Environ un tiers des structures (37,9%) estiment que les risques d'inoccupation sont élevés pour les deux années à venir. Elles sont 43,3 % à estimer que c'est peu probable.



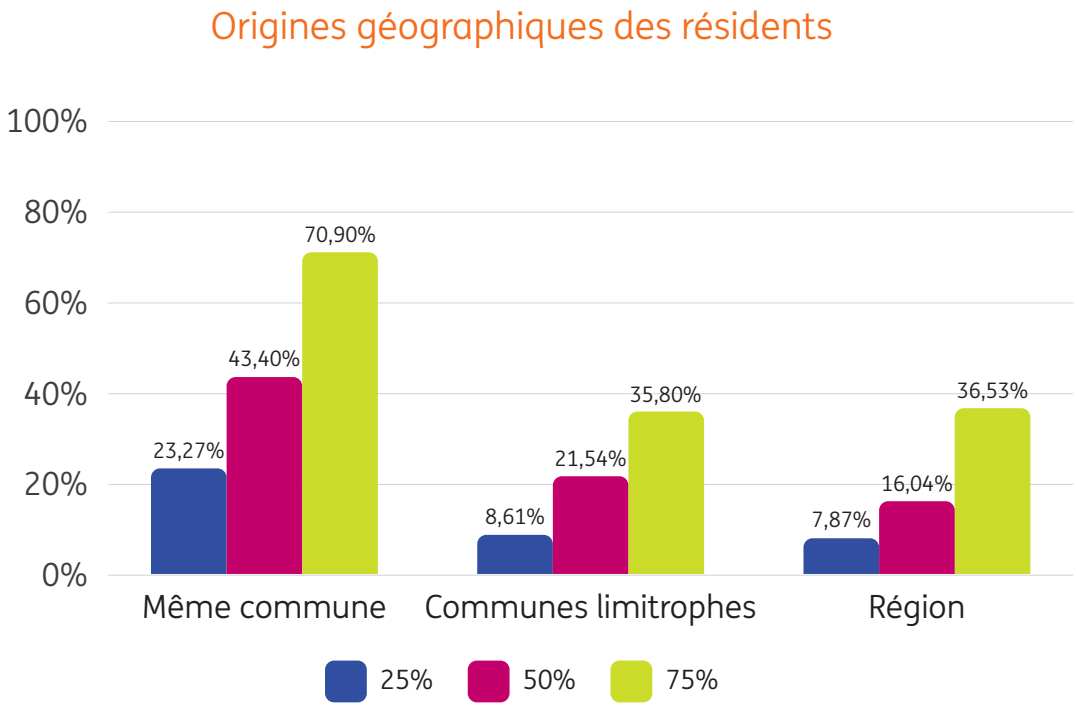
Graphique 9 : Risque d'inoccupation 2018-2020

Diminuer le taux de dépendance (voir plus loin) pourrait constituer une politique possible pour éviter cette inoccupation. Ainsi, le groupe cible de la structure augmente et la liste d'attente active s'élargit. Nous avons également interrogé les sondés à ce sujet. Nous avons ainsi demandé aux sondés d'évaluer la possibilité de diminuer le niveau de dépendance. 41,8% des personnes interrogées a répondu par l'affirmative. Environ 42,4 % des personnes interrogées a estimé que la probabilité d'y parvenir était faible.



Graphique 10 : Possibilité de diminuer le taux de dépendance pour contrer la diminution de la liste d'attente

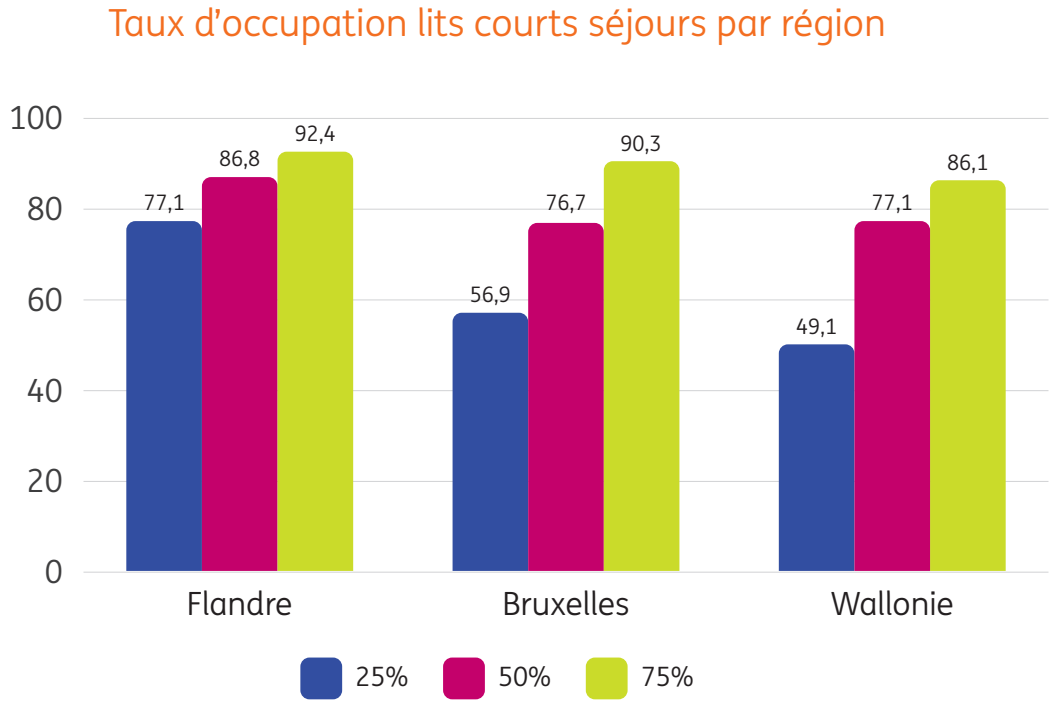
Afin de mieux comprendre la répartition régionale de l'origine géographique des résidents dans les structures, nous avons également demandé aux participants de nous communiquer cette information en date du 01/01/2018. Nous avons demandé aux structures de nous indiquer combien de résidents étaient respectivement originaires de la même commune, des communes limitrophes ou de la région. En moyenne, prêt de la moitié des résidents (47,9 %) sont originaires de la commune où est implantée l'institution, un quart (25,5 %) des communes limitrophes et un peu plus d'un quart (26,6 %) de la région au sens large. Il ressort de ces chiffres que, si la mission et l'ancrage local sont importants pour la plupart des structures (et des seniors), on constate néanmoins une certaine mobilité des résidents.



Graphique 11 : Origines géographiques des résidents

De manière similaire, nous analysons le taux d'occupation des résidents en courts séjours. Le taux d'occupation est un peu plus faible en raison d'une rotation plus importante des résidents qui ne restent que temporairement dans la structure de soins. Les chiffres globaux montrent néanmoins que des taux d'occupation relativement élevés sont atteints dans les lits de court séjour. La moyenne atteint 80,7 %, le 1er quartile 75,9 %, la médiane 85,0 % et le 3e quartile 92 %.

Si l'on tient compte des différences entre les régions, on observe que le taux d'occupation est légèrement inférieur dans une partie des structures situées à Bruxelles (1er quartile de 56,9 %) et en Wallonie (1er quartile de 49 %) par rapport à la Flandre (1er quartile de 77,1 %). Cette situation pourrait sembler étonnante compte tenu d'une offre plus réduite de ce type de lits dans ces 2 régions. La situation de la région de Bruxelles peut en partie être expliquée par le nombre global important de lits et le contexte déjà soulevé précédemment.



Graphique 12 : Taux d'occupation des courts séjours - Par région

Nous vous présentons ci-dessous le détail pour les différentes provinces. En Flandre, les chiffres les plus élevés sont constatés en Flandre orientale et en Flandre occidentale. En Wallonie c'est dans les provinces de Namur et du Hainaut.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	84,1	83,8	70,9	74,0
Médiane	87,8	90,7	79,8	79,4
3e quartile	93,9	93,0	85,0	88,5
Moyenne	88,6	87,8	77,0	75,2

Tableau 10 : Taux d'occupation courts séjours - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	41,2	70,0	71,4	40,1
Médiane	79,9	77,6	75,0	69,8
3e quartile	86,1	81,4	88,5	86,9
Moyenne	68,6	76,2	75,0	65,0

Tableau 11 : Taux d'occupation courts séjours - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	62,2	49,3	56,9
Médiane	85,7	80,0	76,7
3e quartile	93,7	82,7	90,3
Moyenne	74,4	70,6	74,6

Tableau 12 : Taux d'occupation lits courts séjours - Région de Bruxelles

4. Profil des résidents

4.1. Introduction

Les résidents de nos maisons de repos et de soins sont identifiés en fonction de leurs taux de dépendance. L'échelle utilisée à cette fin est l'échelle de Katz. L'échelle de Katz définit le degré de dépendance des résidents. Six domaines de la vie quotidienne y sont évalués (se laver, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, continence et manger) et par l'évaluation de la désorientation spatio-temporelle. Sur la base de cette évaluation, les résidents sont regroupés en catégories :

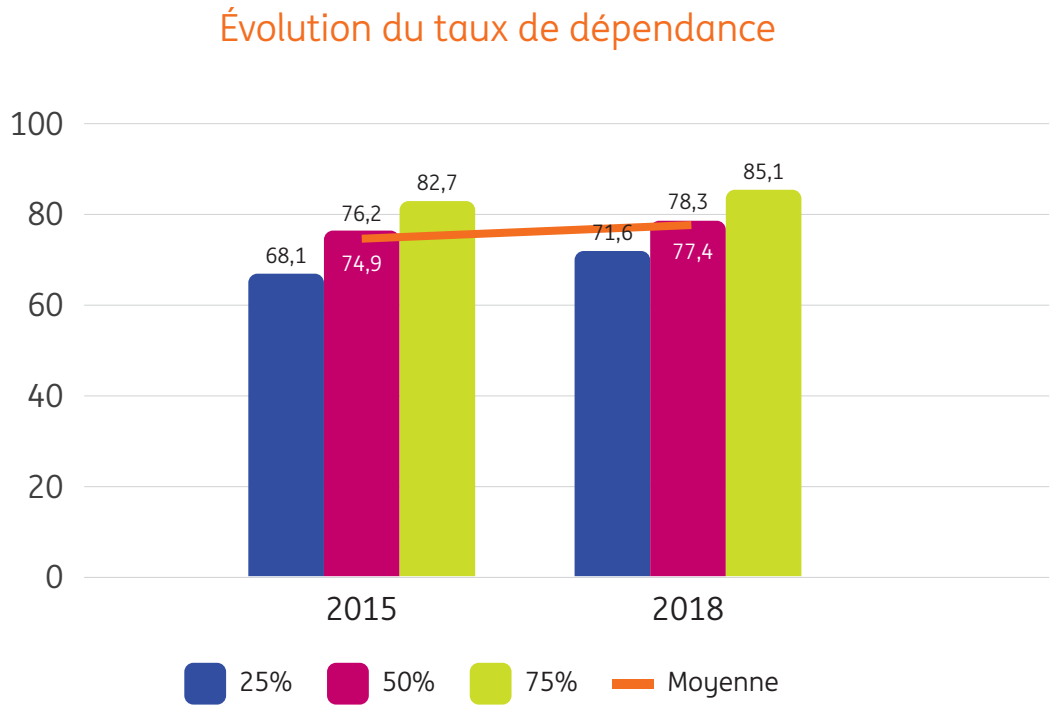
- O : pratiquement pas besoin de soins/d'assistance, autonome
- A : soins légers - besoin d'assistance limité
- B : dépendant des soins - besoin élevé de l'assistance de tiers
- C : lourdement dépendant des soins - entièrement dépendant de tiers, cette catégorie comprend également les résidents comateux (type Cc qui sont exclusivement accueillis en MRS) et les résidents entièrement dépendant de tiers et souffrant de désorientation (type Cd)

Un profil D est également défini pour les seniors souffrant de démence (indépendamment de toute invalidité physique).

Le financement des maisons de repos et de soins est directement en lien avec les encadrements en personnel eux-mêmes définis en fonction de la dépendance moyenne de l'institution sur une période de référence. Ainsi, le niveau d'encadrement en personnel pour les profils de soins les plus légers (les profils O et A) est sous-financée par l'INAMI. Plusieurs MRPA/MRS optent dès lors principalement pour l'admission de personnes présentant le profil B, C ou Cd au sein de leur structure, au détriment de personnes présentant le profil O ou A. Un choix qui s'intègre par ailleurs à l'objectif politique visant à ce que ces résidents (relativement valides) optent principalement pour le maintien à leur domicile ou pour une résidence services et aux données statistiques qui confirment que la part des résidents peu dépendants (catégorie 0) est en baisse au bénéfice des autres catégories (c'était déjà le cas entre 2000 et 2010, période pendant laquelle une diminution de 5% fut constatée au niveau fédéral).

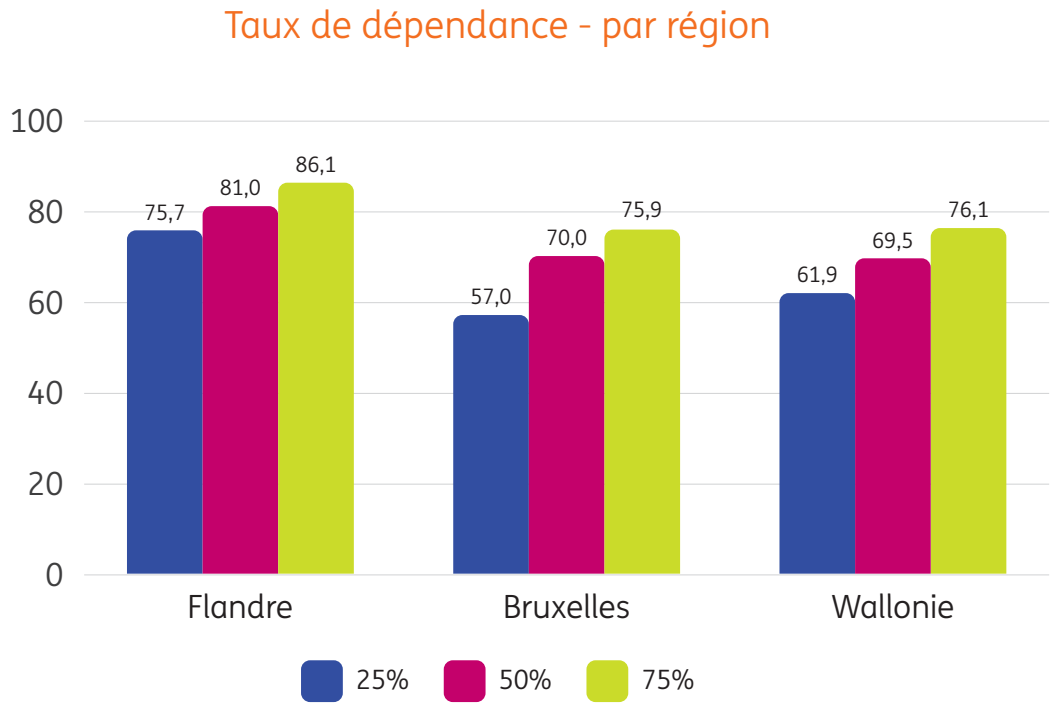
4.2. Taux de dépendance

De ces chiffres, il apparaît également clairement une hausse du pourcentage de résidents présentant un niveau de dépendance (aussi appelé « degré de soins »). Le taux de dépendance correspond au nombre de résidents présentant le profil B, C, Cd ou D par rapport au nombre total de résidents. Au cours de la période de référence 2016-2017, la valeur médiane de ce taux en MRPA-MRS a atteint 78,3 % (1er quartile = 71,6 % et 3e quartile = 85,1 %). En comparaison avec la situation il y a 3 ans (période de référence 2013-2014), il a augmenté en moyenne de 74,9 % à 77,4 %. Le graphique ci-dessous présente cette évolution. Il est utile de constater que l'augmentation est plus marquée au sein des structures présentant un taux de dépendance initialement faible. L'augmentation est en effet plus marquée dans ce premier groupe (5,2 %) que pour le dernier groupe présentant un degré de soins relativement élevé (2,9 %).



Graphique 13 : Évolution du taux de dépendance en MRPA-MRS

Les chiffres indiquent d'importants écarts entre les différentes régions et les différents types de pouvoir organisateur. En Flandre, le taux est sensiblement plus élevé qu'à Bruxelles et en Wallonie. La valeur médiane en Flandre atteint 81,0 % contre 70,0 % à Bruxelles et 69,5 % en Wallonie.



Graphique 14 : Taux de dépendance en MRPA-MRS - Par région

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les écarts en matière de taux de dépendance au sein des différentes régions. Le premier facteur que nous avons déjà abordé réside dans une politique MRS différente. Un ratio, historiquement plus élevé est présent en Flandre, situation déjà présente lors de la mise en œuvre (1982) de la requalification des lits hospitaliers en lits MRS. Cette situation s'accompagne d'un important avantage financier en lien avec les normes d'encadrement plus importantes. La mesure dans laquelle une offre alternative est proposée aux seniors plus valides est également importante pour expliquer ces différences. Notre étude portant sur les résidences services (ING-Probis, 2017) révèle par exemple qu'il existe une offre plus limitée de résidences services (voir figure 3 présentée précédemment dans cette étude) en Région Wallonne. Une remarque similaire peut être formulée en ce qui concerne les autres formes de réponse (par exemple les lits courts séjours). Nous avons alors également fait référence au facteur d'accessibilité. La densité d'habitation est bien supérieure en Flandre (en comparaison avec la Wallonie), ce qui va également avoir un impact sur l'autonomie des seniors (semi-)valides et donc leur possibilité de maintien à domicile. Les spécificités de Bruxelles déjà identifiées (déséquilibre entre l'offre et la demande) entrainent pour les institutions une volonté d'atteindre un TO optimal et, pour cela, la contrainte d'une politique d'hébergement plus ouverte. Ce contexte est par conséquent très différent, ce qui réduit par conséquent le taux de dépendance moyen.

Vous trouverez ci-dessous les taux de dépendance par province. En Flandre, nous constatons un taux relativement élevé dans les provinces de Flandre orientale et Flandre occidentale. En Wallonie, c'est la province de Namur qui présente le taux le plus élevé.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	81,3	76,7	73,6	74,1
Médiane	86,1	81,4	77,5	77,9
3e quartile	89,8	87,1	82,6	84,1
Moyenne	85,4	81,6	77,5	78,7

Tableau 13 : Taux de dépendance - Flandre

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	62,7	62,1	61,6	60,2
Médiane	68,2	72,2	70,2	66,7
3e quartile	74,1	76,1	73,3	84,0
Moyenne	67,7	70,9	70,7	70,5

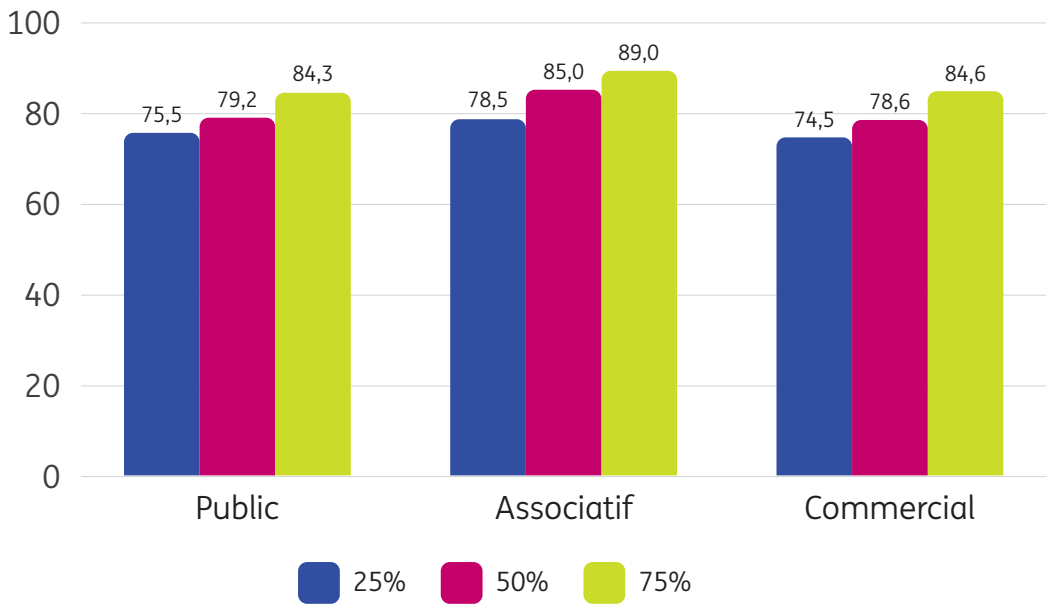
Tableau 14 : Taux de dépendance - Wallonie

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	75,6	61,7	57,0
Médiane	81,2	69,5	69,9
3e quartile	88,8	76,0	75,9
Moyenne	82,0	68,8	67,8

Tableau 15 : Taux de dépendance - Région de Bruxelles

Vous trouverez également ci-dessous un aperçu de ce taux par pouvoir organisateur et par région. En Flandre, la valeur médiane du taux de dépendance des structures sans but lucratif atteint 85 % ; elle est de 79,2 % dans les structures publiques et de 78,6 % dans les structures à vocation commerciale. En Wallonie, c'est une toute autre image qui se dessine : le taux est plus élevé dans les structures à vocation commerciale avec une valeur médiane de 71,6 %. La médiane est de 66,6 % dans les structures publiques et de 63,9 % dans les structures sans but lucratif[11]. À Bruxelles, les structures sans but lucratif atteignent une valeur médiane de 74,6 %. La médiane est de 62,4 % dans les structures publiques et de 69,9 % dans les structures à vocation commerciale.

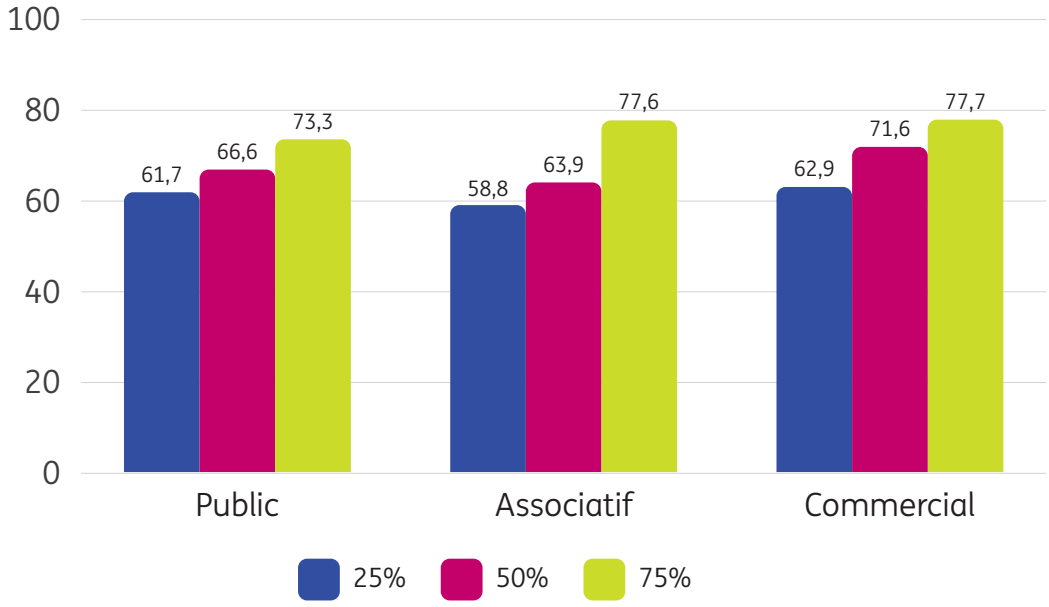
Taux de dépendance par pouvoir organisateur - Flandre



Graphique 15 : Taux de dépendance - Flandre

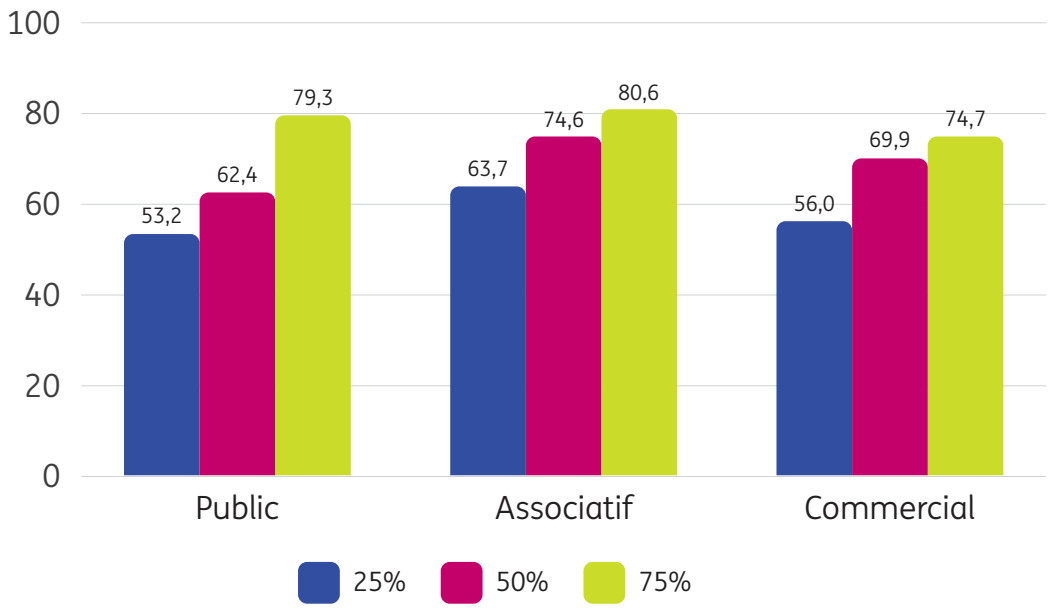
11 Il convient de souligner que le pourcentage de participation au sein des structures sans but lucratif dans la Région wallonne est plus faible que dans les autres groupes, ce qui peut influencer ces variations.

Taux de dépendance par pouvoir organisateur - Wallonie



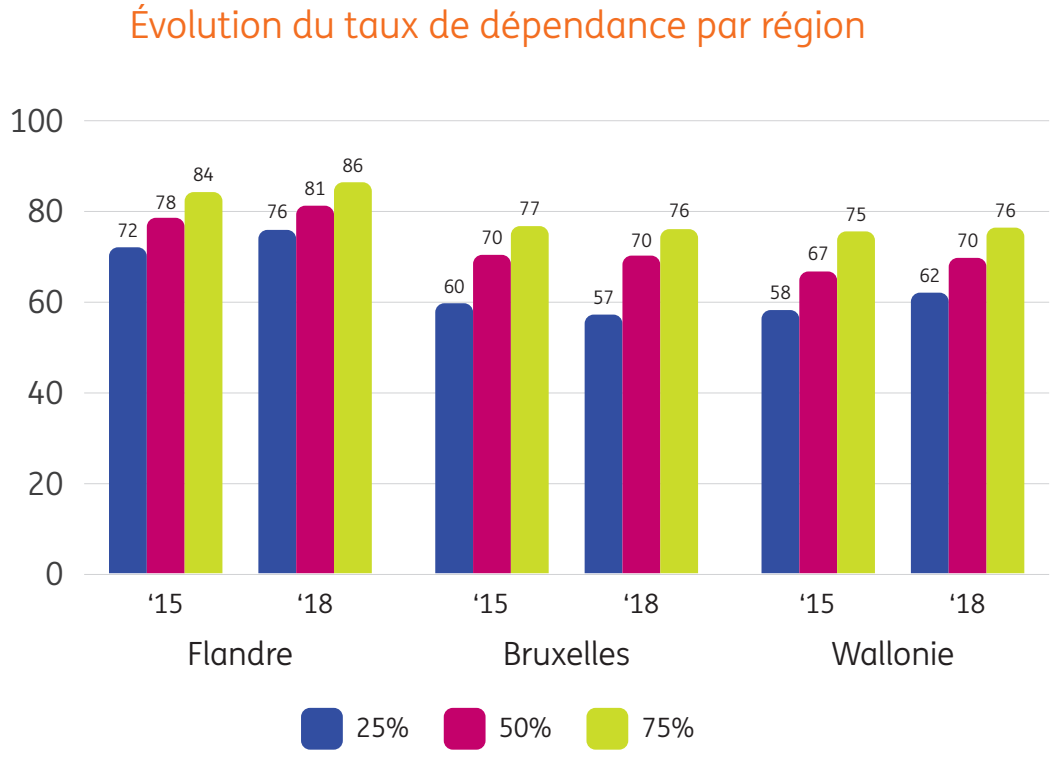
Graphique 16 : Taux de dépendance – Wallonie

Taux de dépendance par pouvoir organisateur - Bruxelles



Graphique 17 : Taux de dépendance - Région de Bruxelles

Si l'on effectue une analyse plus poussée de l'évolution du taux de dépendance, on constate que cette tendance se produit aussi bien en Flandre qu'en Wallonie. En Flandre, la médiane augmente de 3,5 % pour atteindre 81,0 %. Le 1er quartile augmente de 5,3 % et passe à 75,7 %. En Wallonie, la valeur médiane augmente de 4,5 % pour atteindre 69,5 %. Le 1er quartile augmente de 6,4% et passe à 61,7%. Ces chiffres illustrent une augmentation plus importante (rattrapage) des structures caractérisées par un taux relativement faible. Pour la région de Bruxelles, on constate une fois encore une image légèrement différente avec une légère baisse de ce taux. Avec 70,0 %, la valeur médiane est légèrement inférieure à celle d'il y a 3 ans. Le 1er et le 3e quartile ont également diminué de respectivement 0,6 et 2,5 %.



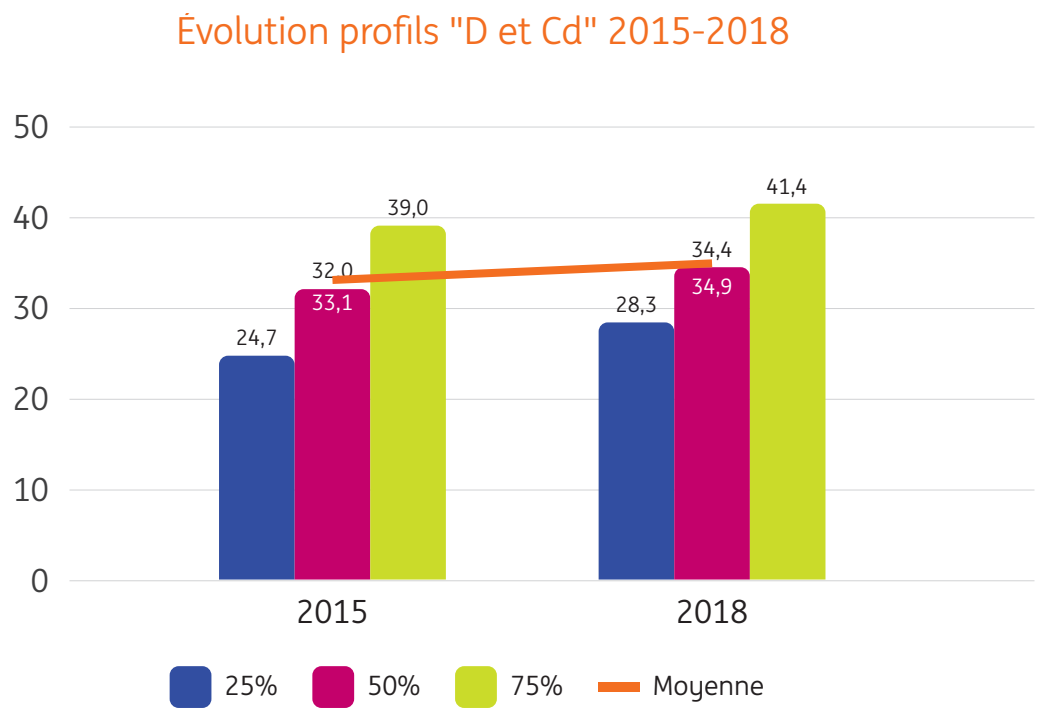
Graphique 18 : Évolution du taux de dépendance - Par région

Les différences marquées en matière de taux de dépendance entre les différents types de pouvoir organisateur peuvent s'expliquer, entre autres, par des choix politiques contrastés. Le secteur public souhaite en effet jouer un rôle social à l'égard des dépendances moins physiques, associés à une vulnérabilité sociale ou psychique. À l'avenir, les différents critères (par ex. besoins physiques, cognitifs, psychiques et besoins liés à la vie en société) devront être pris en compte. L'introduction de l'échelle d'évaluation BelRai permettra d'intégrer autant de variables non prises en considération à ce jour. Cette échelle permettra d'établir une évaluation plus globale des besoins de soins d'une personne. Certaines structures actives dans le secteur des soins aux personnes âgées se préparent d'ores et déjà à l'introduction de l'échelle BelRai comme outil de prise en charge et, vraisemblablement aussi comme outil de financement.

4.3. Résidents souffrant de démence / désorientation dans le temps et dans l'espace

De manière similaire, nous analysons la proportion de résidents présentant ces profils (scores D et Cd). Selon les estimations, environ 202 000 personnes souffrent de démence en Belgique (Steyaert, 2016)[12] . Ce chiffre est en nette augmentation en lien avec le vieillissement. Ces personnes constituent un groupe cible important et en augmentation pour les maisons de repos et de soins. Dans les paragraphes suivants, nous nous concentrons sur la proportion de résidents présentant un profil D et Cd .

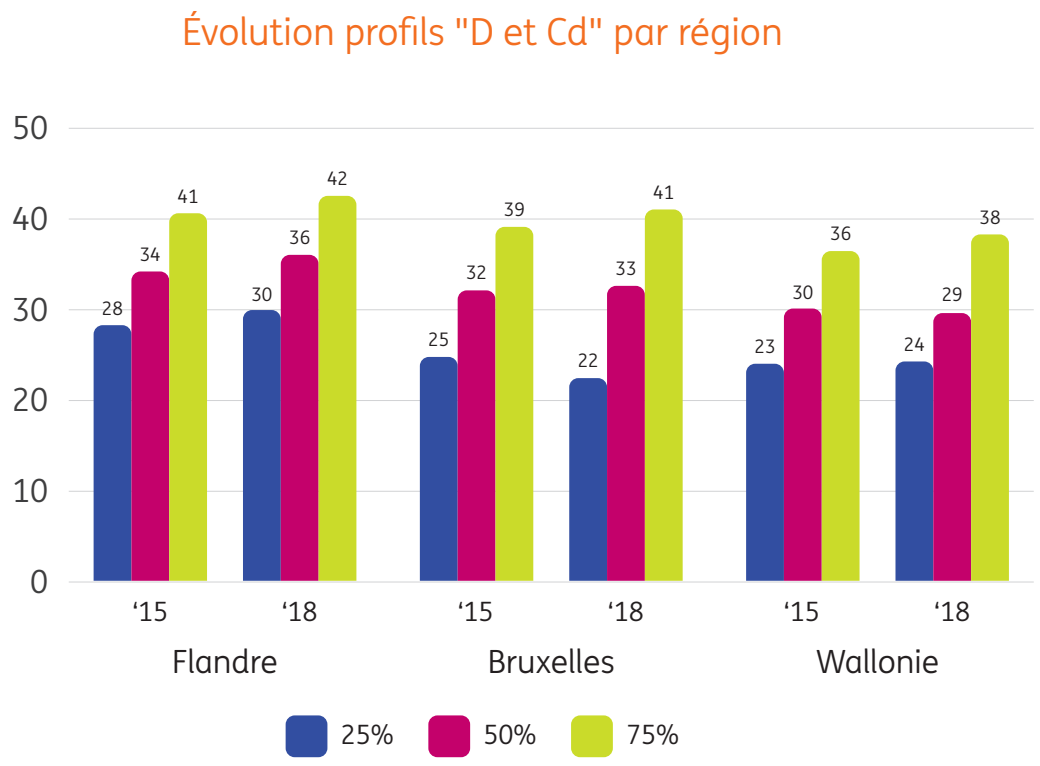
12 Steyaert J. (2016). Hoeveel personen in Vlaanderen hebben dementie? (Combien de personnes souffrent de démence en Flandre ?) In M. Vermeiren (Red.), Dementie, van begrijpen naar begeleiden. Bruxelles : Politeia.



Graphique 19 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18

La part de ces profils au sein des structures est relativement élevée. Plus d'un tiers des résidents sont confrontés à ces situations. Un chiffre qui a augmenté au cours des 3 dernières années. La médiane atteint 34,4 %. Il y a trois ans, elle était de 32,0 %. Nous constatons ici aussi une nette augmentation dans les structures au sein desquelles relativement peu de résidents présentaient ces profils (le 1er quartile a augmenté de 3,6 points de pourcentage). Les structures qui comprenaient un nombre relativement important de ces résidents (3e quartile) ont quant à elles connu une augmentation de 2,4 points de pourcentage.

De manière analogue au taux de dépendance, on observe également des scores plus élevés de ces profils dans les structures de soins flamandes. La valeur médiane y atteint 35,9 % contre 32,5 % à Bruxelles et 29,4 % en Wallonie. L'augmentation est principalement constatée en Flandre. Le 1er quartile a augmenté de 4,7 % pour passer à 42,4 %, la valeur médiane a augmenté de 5,2 % pour passer à 35,9 % et le 3e quartile a augmenté de 5,7 % pour atteindre 29,8 %. Cette augmentation est moins marquée en Wallonie. Les 1er et 3e quartiles ont augmenté respectivement de 5,2 % et 1,3 %. La valeur médiane a baissé de 2 % (29,4 %).



Graphique 20 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18 - Par région

Nous vous présentons ci-dessous un aperçu de la situation par province. En Flandre, on constate un chiffre relativement élevé pour la Flandre occidentale et orientale, avec une médiane de respectivement 48,7 % et 44,2 %. En Wallonie, il en est de même dans la province du Luxembourg (valeur médiane de 44,4 %).

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	42,5	37,7	34,4	34,9
Médiane	48,7	44,2	40,2	42,5
3e quartile	56,3	50,1	44,7	49,3
Moyenne	59,5	45,3	40,2	42,1

Tableau 16 : Profils « D et Cd » - Provinces flamandes

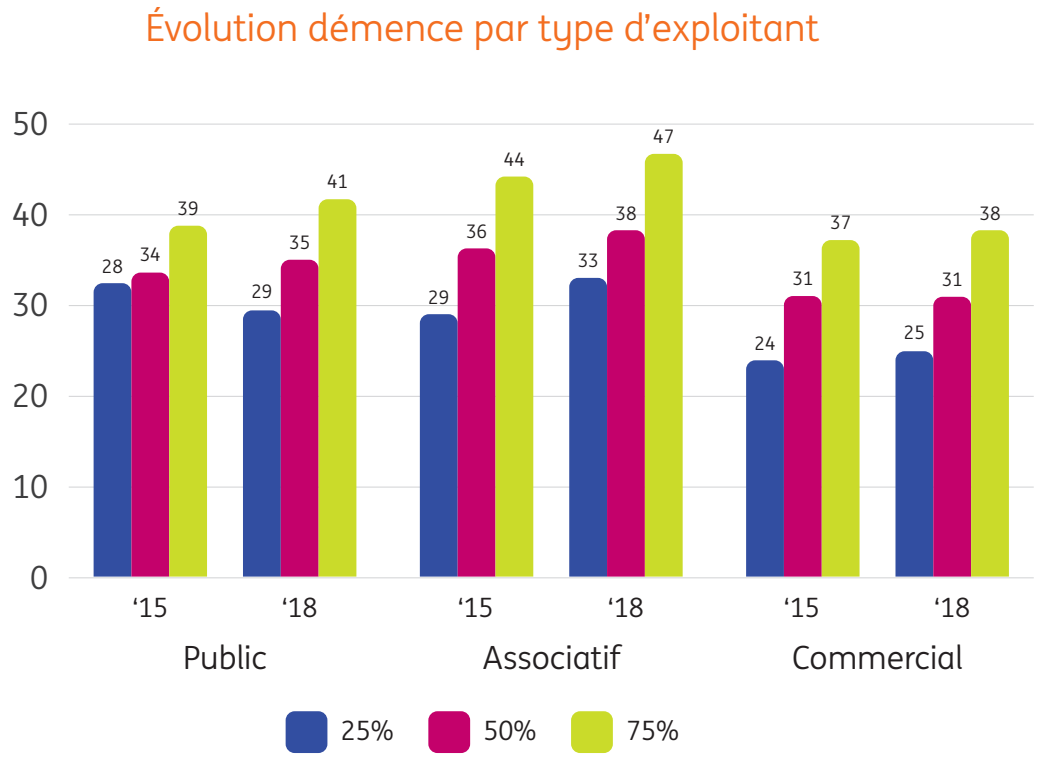
	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	33,4	30,5	34,7	29,1
Médiane	41,6	39,2	44,4	36,8
3e quartile	46,5	44,3	49,9	54,0
Moyenne	41,0	40,5	45,0	39,6

Tableau 17 : Profils « D et Cd » - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	37,8	33,5	30,3
Médiane	46,1	39,0	38,0
3e quartile	58,4	43,9	45,2
Moyenne	47,7	38,7	39,7

Tableau 18 : Profils « D et Cd » - Région de Bruxelles

De ces chiffres, il apparaît un nombre relativement faible de résidents de ces profils au sein des structures privées à vocation commerciale. C'est principalement au sein des structures sans but lucratif, puis au sein des structures publiques que nous trouvons une part importante de ces résidents.

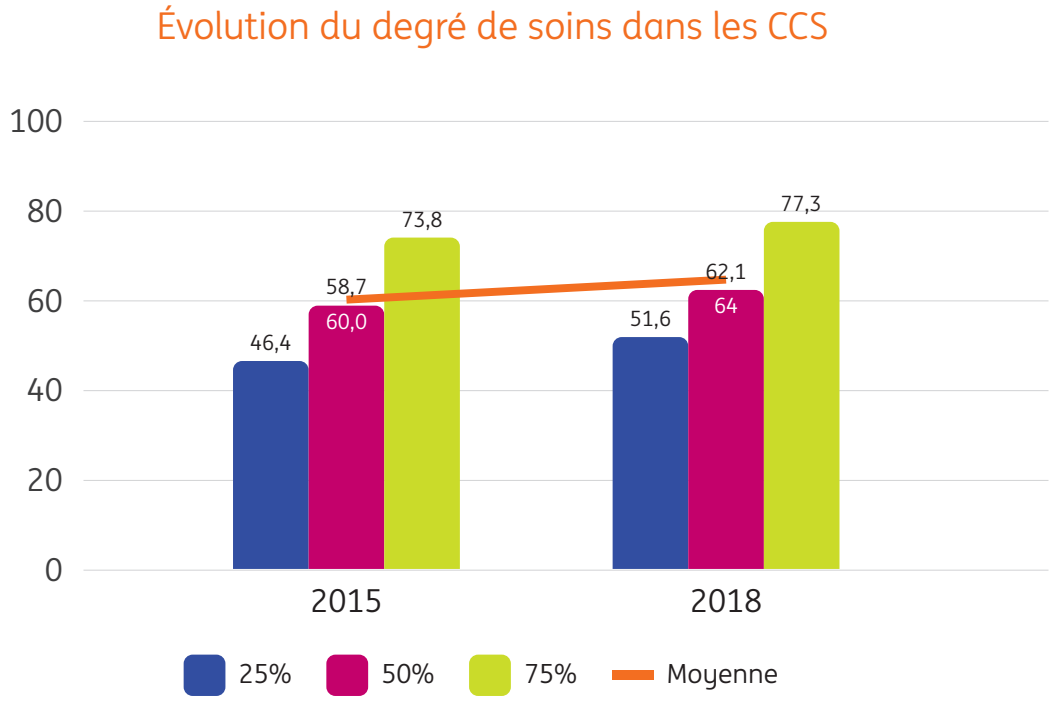


Graphique 21 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18 - Par type de pouvoir organisateur

Nous avons également interrogé notre échantillon sur la durée de séjour des résidents. Plus concrètement, nous leur avons demandé le nombre de nouvelles admissions en 2017. Les valeurs recensées sont de 28,1 % (1er quartile) ; 35,0 % (valeur médiane) et 43,8 % (3e quartile). Cela signifie que la valeur médiane de la durée de séjour atteint environ 1043 jours, soit 2,86 ans.

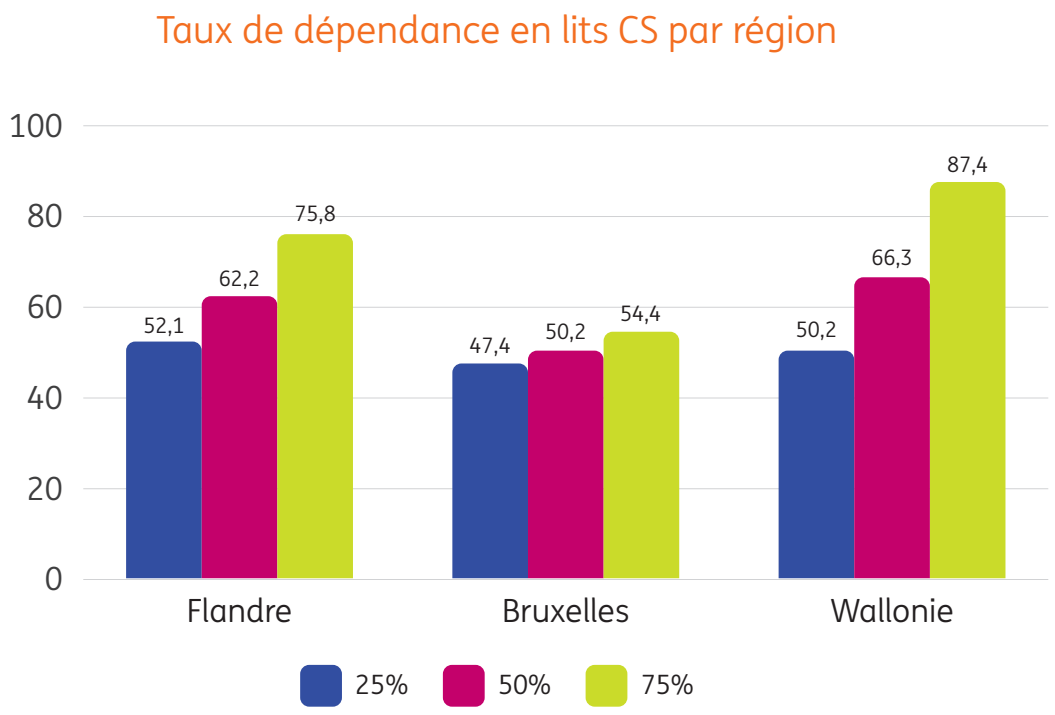
4.4. Courts séjours

Pour terminer, nous analysons de la même manière le profil des résidents en courts séjours. Les courts séjours étant principalement organisés pour faire face à une période transitoire (après une courte période passée en MRPA/MRS, les seniors rentrent chez eux), il est évident que ces résidents présentent un besoin théoriquement inférieur à celui des autres résidents occupant les logements classiques de la MRPA/MRS. Le benchmark indique un taux de dépendance correspondant à une médiane de 62,1%. Ce chiffre est légèrement plus élevé qu'il y a trois ans. La valeur médiane atteignait alors 58,7 %, soit, par rapport aux données actuelles, 3,4 points de pourcentage de moins. Le pourcentage des 1er et 3e quartiles a également augmenté.



Graphique 22 : Évolution du taux de dépendance dans les lits Cs en %

Contrairement au taux de dépendance au sein des maisons de repos et de soins dans la globalité, il ressort pour les courts séjours que ce taux est plus élevé en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles. En Wallonie, l'offre de soins de courts séjours est moins étendue qu'en Flandre. En effet, seul un nombre restreint de structures de soins proposent des séjours courts. Ces logements dédiés aux courts séjours sont également mis en œuvre de manière différente en Flandre. Le manque de lits long séjour en Wallonie peut expliquer une occupation en court séjour plus marquée par des résidents dépendants, en attente d'une possibilité de prise en charge pour un séjour plus important.



Graphique 23 : Taux de dépendance dans les lits Cs en % - Par région

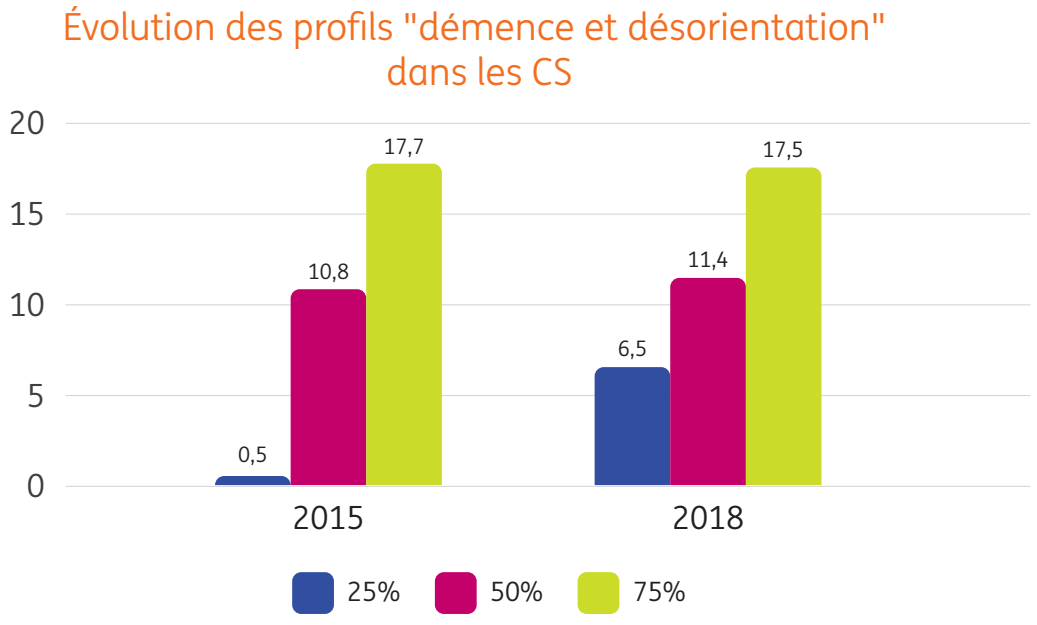
Vous trouverez ci-dessous un aperçu complet par province pour la Flandre[14]. Au niveau des provinces, nous constatons des chiffres relativement élevés pour la province de Flandre occidentale (valeur médiane de 65,2 %), du Limbourg (valeur médiane de 66,3 %) et du Brabant flamand (valeur médiane de 68,8 %).

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg	Brabant flamand
1er quartile	58,0	51,2	47,3	47,5	49,2
Médiane	65,2	60,4	55,1	66,3	68,8
3e quartile	84,2	82,0	75,8	87,0	94,8
Moyenne	65,6	62,6	61,9	65,5	70,2

Tableau 19 : Taux de dépendance pour les courts séjours - Provinces flamandes

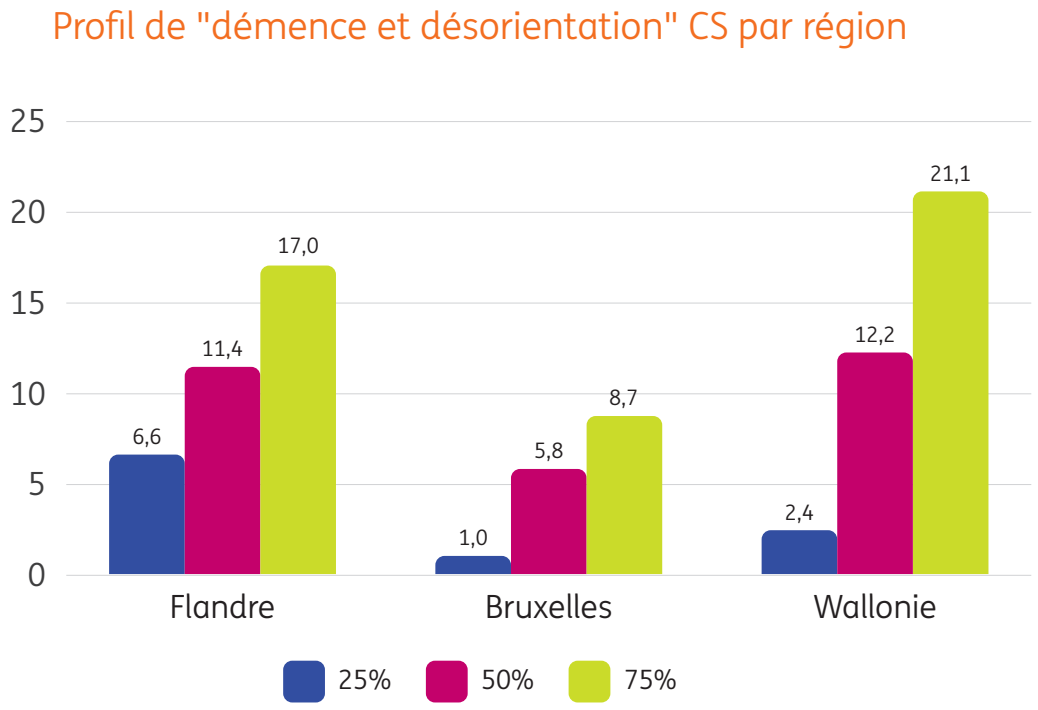
La proportion relative de résidents souffrant de démence ou de désorientation temporo-spatiale est plutôt limitée en courts séjours. La médiane se situe à 11,4 %. Ce chiffre est légèrement supérieur à celui d'il y a 3 ans (la valeur médiane était alors de 10,8 %).

14 En raison d'un nombre trop faible de structures dans notre échantillon pour Bruxelles et les provinces wallonnes, nous fournissons ici uniquement les données des provinces flamandes..



Graphique 24 : Evolution des profils de démence et désorientation dans les CS en %

Peu de différences sont à constater entre les différentes régions. La valeur médiane atteint 11,4 % pour la Flandre. En Wallonie, on retrouve un chiffre presque similaire (12,2 %). Nous constatons cependant une fois encore un chiffre inférieur à Bruxelles (5,8 %).



Graphique 25 : profils de démence et désorientation dans les Cs en % - Par région

5. Effectif

5.1. Introduction

L'encadrement du personnel (et le taux d'encadrement) revêt, sous différents angles, un aspect essentiel au sein des structures résidentielles pour personnes âgées. Sur le plan financier, les charges de personnel sont, et de loin, les charges les plus lourdes (entre 70-80 % des charges globales). Cet encadrement est en outre partiellement lié à la qualité des soins et des services. Par ailleurs, les institutions sont de plus en plus confrontées à des défis majeurs sur le plan de la politique RH. Le vieillissement et l'évolution de la dépendance entraînent une augmentation de la demande de soins, ce qui peut créer une zone de tension sur le marché de l'emploi. Les tâches sont exigeantes, demandent énormément de flexibilité et le personnel fait souvent face à une surcharge de travail. Par ailleurs, de nouveaux défis sont à mettre en évidence :

La pénurie infirmière : « Phénomène » qui va marquer les années à venir en lien avec des besoins en personnel dans le domaine de la santé qui vont augmenter notamment avec l'effet du vieillissement de la population, - et, parallèlement, un nombre de professionnels de la santé (infirmière) qui diminue. Cette diminution doit être mise en relation avec l'expansion du nombre de départ à la retraite, le faible nombre de jeunes diplômés disponibles afin de compenser ces départs (le taux d'activité des infirmières ne cesse de diminuer) et la durée moyenne d'une carrière d'infirmière dans les établissements MRPA/MRS. L'augmentation de la durée des études des infirmières vient renforcer ces constats.

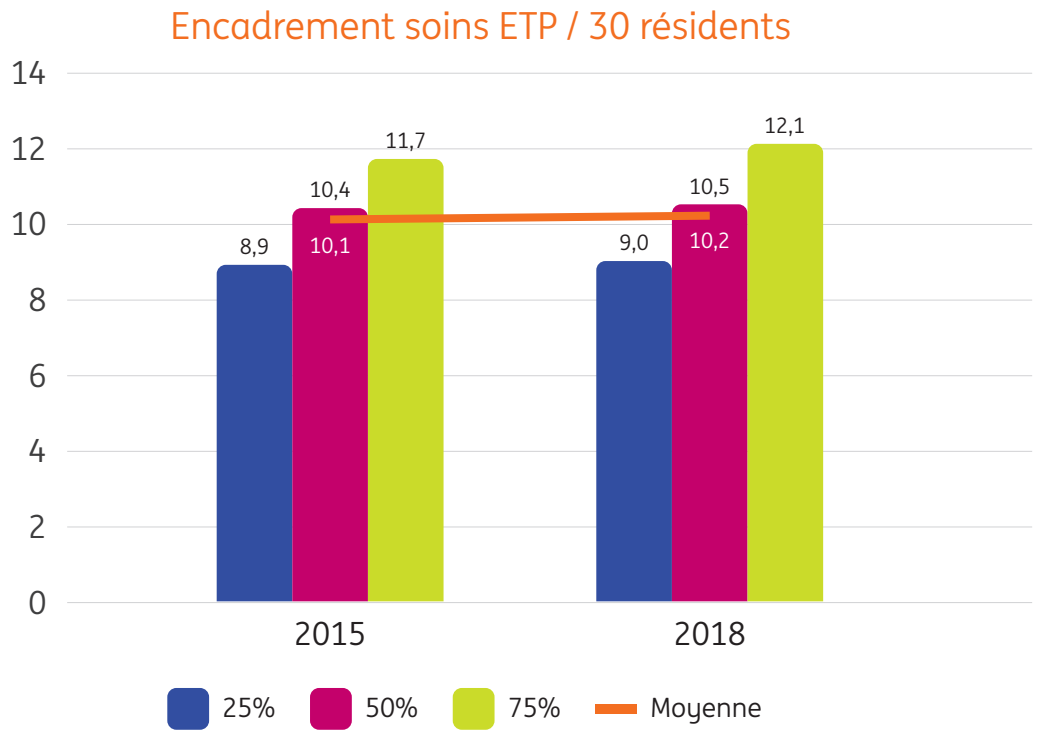
Modification des barèmes IFIC : Si l'harmonisation des barèmes (et son financement) mise en œuvre dans le secteur MRPA/MRS a permis de réduire les écarts de rémunération entre les différents secteurs de la santé, la nouvelle classification de fonction risque de créer un nouveau fossé.

Dans notre benchmark, nous nous penchons sur cet encadrement du personnel au travers des ETP présents et des anciennetés barémiques.

5.2. Encadrement en personnel

Les données de notre benchmark tiennent compte d'une correction d'échelle en exprimant l'utilisation du personnel en fonction d'un département fictif de 30 résidents. Les équivalents temps plein (ETP[15]) calculés se basent sur les prestations réelles effectuées au cours de la période de référence 2016-2017 (et 2013-2014). Nous y incluons par ailleurs tous les types de contrats. Les équivalents temps plein utilisés à d'autres fins (par ex. au sein des résidences services et centres de soins de jour) sont déduits. Nous tenons en outre compte d'une correction pour la couverture des remplacements RTT[16]. Ces chiffres fournissent par conséquent une bonne estimation de l'utilisation effective de personnel pour 30 résidents.

Nous commençons l'analyse de ce benchmark par une vue d'ensemble de l'utilisation du personnel infirmier et du personnel de soins (définis en tant que personnels de « soins »). La figure ci-dessous montre clairement que la valeur médiane pour la période 2016-2017 est de 10,5 ETP pour le personnel infirmier et le personnel de soins pour 30 résidents. Un quart des institutions de soins utilisent moins de 9,0 ETP (premier quartile). Un quart des structures de soins utilisent plus de 10,6 ETP (troisième quartile). Ce dernier groupe utilise par conséquent un peu plus d'un tiers de personnel supplémentaire par rapport au premier groupe. Malgré une légère augmentation du taux de dépendance déjà soulignée, ces chiffres sont similaires à ceux d'il y a 3 ans (2013-2014). La valeur médiane est de 10,4 ETP pour cette période.



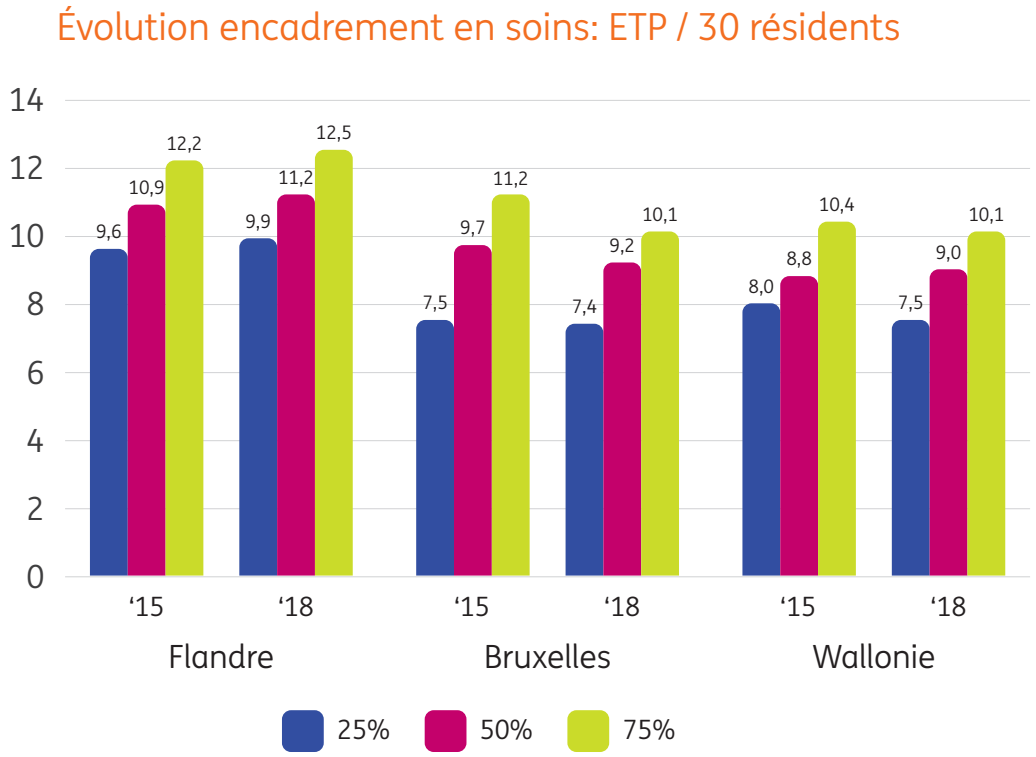
Graphique 26 : Évolution de l'encadrement présent du personnel de soins

Si nous analysons ces chiffres au niveau des différentes régions, nous obtenons l'image ci-dessous (graphique 27). La valeur médiane en Flandre évolue et passe de 10,9 ETP en 2013-2014 à 11,2 ETP en 2016-2017. L'encadrement du personnel en Wallonie et à Bruxelles est de respectivement 9,0 ETP et 9,2 ETP, soit légèrement inférieure à la Flandre. Dès le début de cette étude, il est apparu que ces régions se caractérisaient par un encadrement plus faible en termes de personnel de soins. La proportion plus élevée d'agréments MRS (avec

15 Les ETP calculés se fondent sur un nombre de jours ou d'heures assimilés. Cela comprend également les jours et heures non prestés mais assimilés à des jours ou heures de travail, pour autant qu'ils donnent droit au paiement d'une forme de rémunération par l'établissement (notamment, les vacances légales, les jours fériés, les périodes de maladie couvertes par un salaire garanti).

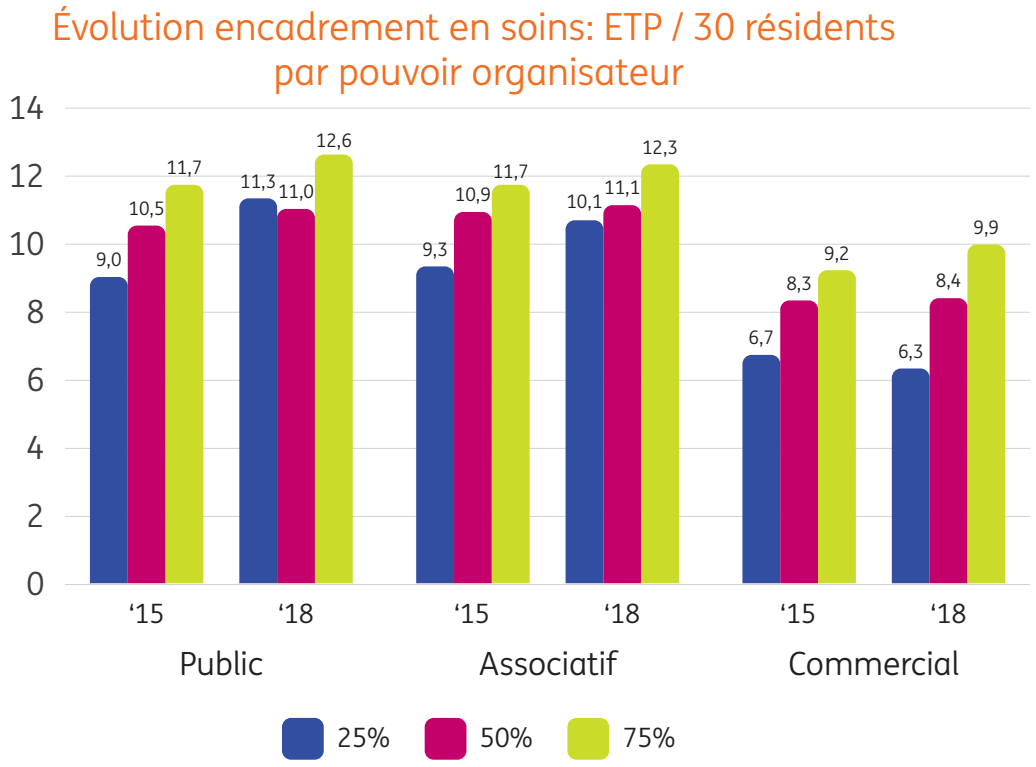
16 Réduction du temps de travail qui permet à la majorité des membres du personnel à partir de respectivement 45, 50 et 55 ans de voir leur temps de travail diminué sans effet sur leur rémunération.

un financement plus important résultant d'un encadrement normatif plus conséquent) en Flandre par rapport à la Wallonie et à Bruxelles, constitue un facteur qui influence essentiellement ce constat. En d'autres termes, le financement du personnel plus élevé en Flandre que dans les autres régions explique un encadrement plus important dans le domaine des soins.



Graphique 27 : Évolution de l'encadrement en personnel de soins - Par région

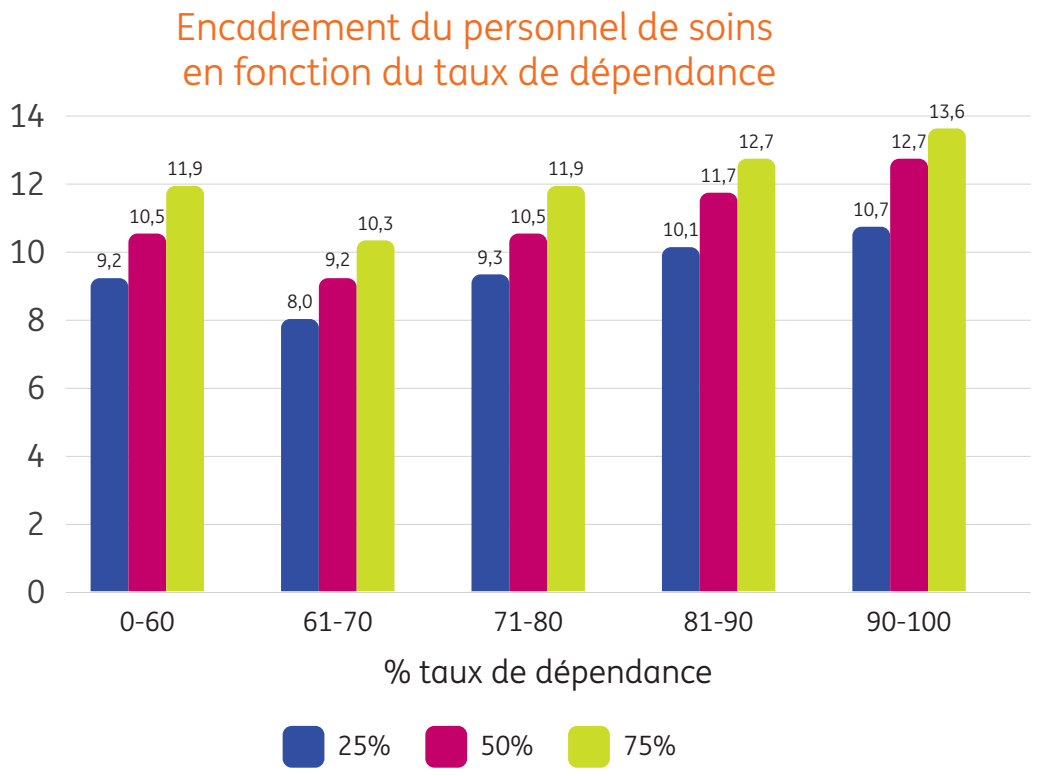
Le graphique ci-dessous donne un aperçu de l'encadrement du personnel en fonction du type de pouvoir organisateur. Pour diverses raisons (par exemple le taux de dépendance, le ratio MRS, les modes organisationnels, etc.), ces chiffres doivent être interprétés avec toutes les précautions nécessaires. La valeur médiane pour le secteur public, sans but lucratif et à vocation commerciale atteint respectivement 11,0 ETP, 11,1 ETP et 8,4 ETP. Dans les trois sous-secteurs, la valeur médiane est légèrement plus élevée qu'il y a trois ans.



Graphique 28 : Evolution encadrement du personnel de soins - Par type de pouvoir organisateur

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle différence dans l'encadrement présent. Les différences dans le profil de dépendance moyen des résidents dans les divers organismes constitue un premier facteur explicatif important. Certaines structures de soins se caractérisent par la présence d'un groupe important de seniors relativement autonomes et ne nécessitant que peu d'assistance. À l'inverse, un grand nombre de structures de soins sont caractérisées par un profil de résidents ayant besoin d'une assistance élevée. Cela apparaît également partiellement (voir graphique 29 ci-dessus) dans nos chiffres relatifs à

l'encadrement des équipes de soins au niveau régional. Dans la figure ci-dessous — afin de pouvoir établir une comparaison plus nuancée — nous avons divisé l'échantillon en différents groupes, toujours caractérisés par un taux de dépendance spécifique (le pourcentage de résidents ayant un profil de dépendance élevé). Il apparaît alors clairement que l'utilisation du personnel est en grande partie influencée par le taux de dépendance. Le groupe de structures avec le taux le plus élevé (plus de 90 %) est caractérisé par une médiane de 12,7 ETP. Le groupe des structures avec le taux d'encadrement le plus bas (moins de 60%) est caractérisé par une médiane de 10,5 ETP.



Graphique 29 : Encadrement du personnel de soins en fonction du taux de dépendance

Un autre facteur explicatif important concerne l'organisation des soins ainsi que la « disponibilité » du personnel. On observe en effet un certain nombre de différences en la matière en fonction des pouvoirs organisateurs. La disponibilité (par exemple, le nombre de jours de congé, les absences pour maladie de courte durée, etc.) et la flexibilité du personnel sont ici essentielles. La vision des dirigeants sur la manière de mettre en œuvre l'accompagnement sur le plan de la qualité est également un aspect majeur. Le secteur se caractérise par un entrepreneuriat social. Il se compose en outre de structures de soins à vocation non commerciale (publiques et sans but lucratif). Au sein de ces organismes, le processus de prise de décision est fortement influencé par des aspects non financiers. Le fait de disposer de personnel supplémentaire pour les résidents constitue une augmentation (possible) de la qualité des services.

Vous trouverez ci-dessous également un aperçu par province. En Flandre, la médiane est nettement plus élevée en Flandre occidentale. À l'inverse, la médiane de la province de Liège est plus basse que celle des autres provinces wallonnes.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	9,9	10,1	10,1	9,7
Médiane	12,0	11,0	11,4	10,7
3e quartile	13,3	12,5	12,4	12,1
Moyenne	11,4	11,4	11,1	10,3

Tableau 20 : ETP soins pour 30 résidents - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	8,1	7,3	8,9	6,6
Médiane	9,3	9,0	9,2	7,5
3e quartile	10,6	10,6	10,5	8,5
Moyenne	8,5	8,1	9,2	7,5

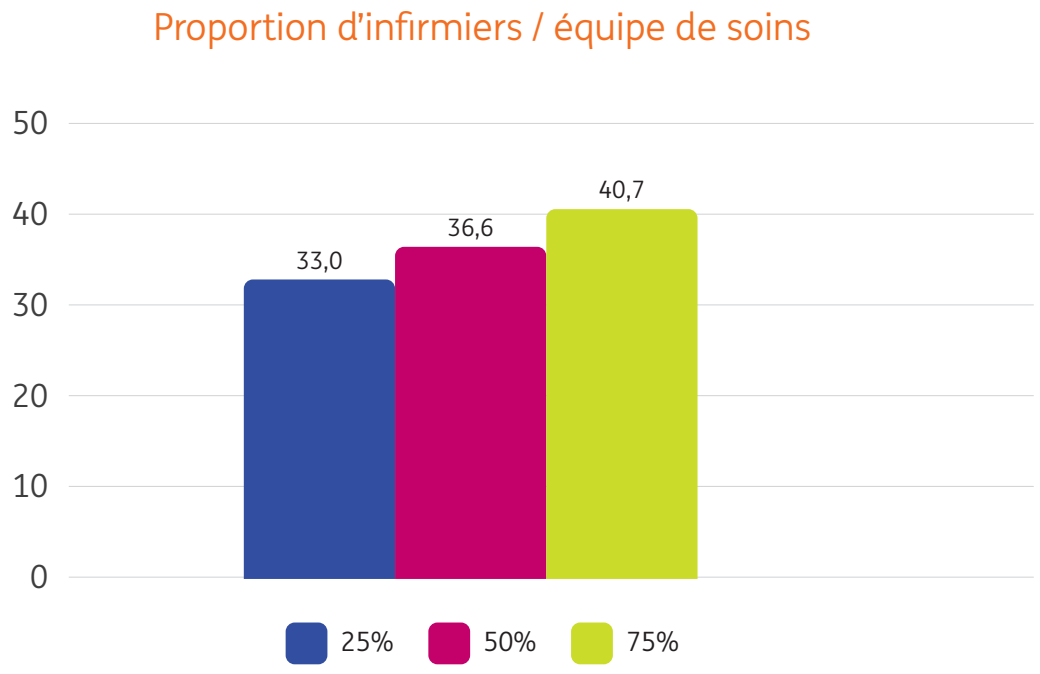
Tableau 21 : ETP soins pour 30 résidents - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	9,6	6,0	7,4
Médiane	10,9	9,1	9,2
3e quartile	12,8	9,3	10,1
Moyenne	10,6	7,3	8,5

Tableau 22 : ETP soins pour 30 résidents - Région de Bruxelles

Outre le volume de personnel engagé, nous pouvons également examiner le profil de qualification de ces collaborateurs. Il faut, dans cette équipe de soins, faire la distinction entre le personnel infirmier et le personnel aide-soignant. Naturellement, les niveaux de qualification et de salaire sont plus élevés pour ce premier groupe. En outre, le groupe « personnel infirmier » se subdivise à son tour en personnel infirmier titulaire d'un baccalauréat (A1), breveté (A2) et assistant en soins hospitalier (personnel qui ne fait pas partie de l'art infirmier mais qui est assimilé aux infirmières A2 dans le cadre du financement des soins). Il faut par conséquent être attentif au pourcentage de personnel infirmier (et de personnel infirmier titulaire d'un baccalauréat) au sein de ce groupe.

La figure ci-dessous montre que globalement les différences entre les divers pouvoirs organisateurs sont relativement limitées. Les données de la plupart des organismes se situent entre 33 et 41 %.



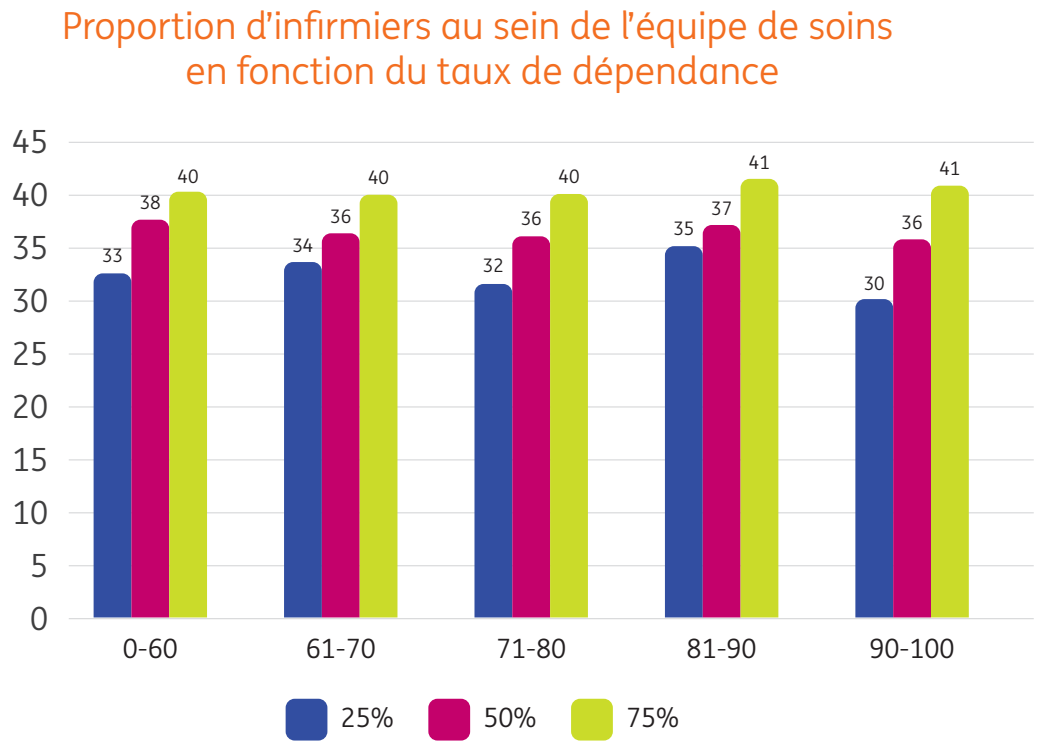
Graphique 30 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins - 2018

Il n'a pas de différences importantes selon les régions ni selon les types d'organisation.

	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Publique	Sans but lucratif	À vocation commerciale
25%	32,9	33,5	33,2	33,1	32,6	33,7
50%	36,6	37,2	36,8	36,8	35,8	37,4
75%	40,8	40,8	39,4	40,8	38,3	42,7
Moyenne	36,2	37,2	34,4	35,8	35,3	38,4

Tableau 23 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins (2018) par région et par type de pouvoir organisateur

Par analogie avec ce qui précède (ETP pour 30 résidents), le taux de dépendance pourrait également être un facteur d'explication potentiel. Si la structure héberge un nombre plus important de résidents avec un profil relativement lourd, on peut déduire que les soins sont également plus complexes et nécessitent donc un personnel d'encadrement de soins (infirmiers) plus qualifié. Nos chiffres ne viennent cependant pas étayer cet argument. La figure ci-dessous illustre ce point en détail.



Graphique 31 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins en fonction du taux de dépendance

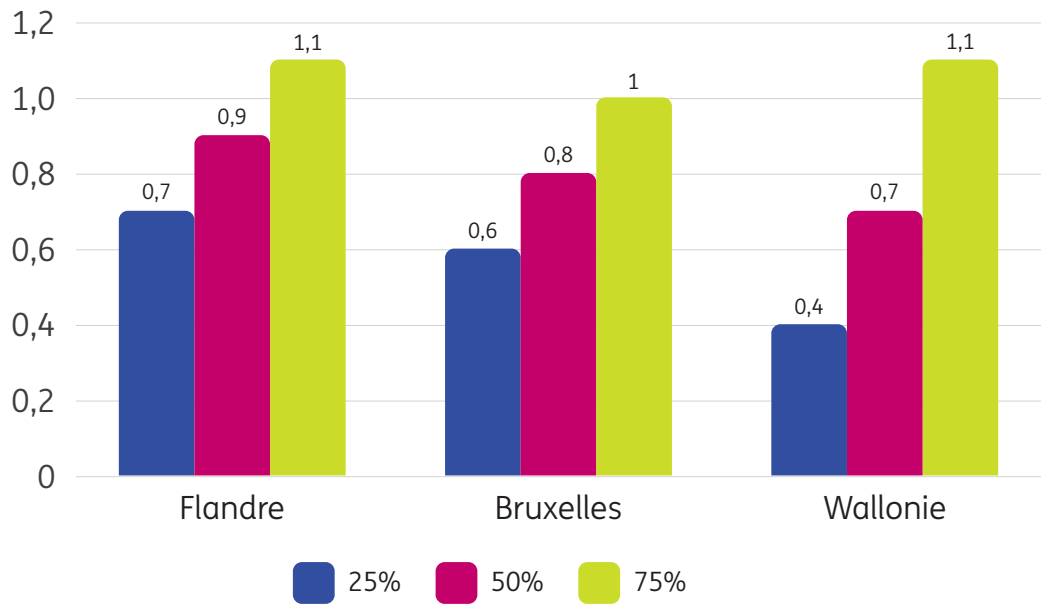
Autre facteur explicatif important : la vision de l'organisation des soins. Globalement, dans les institutions, deux approches sont appliquées :

- Le premier modèle se base sur une approche orientée « tâches », dans laquelle les infirmiers exécutent des tâches dans l'ensemble des départements (et très peu, voire aucune, tâche qui peut être exécutée par les aides-soignantes).
- L'autre modèle se base sur une approche plus intégrée et orientée département. Dans cette approche, un infirmier est affecté à chaque département.

Il existe bien sûr d'autres modèles plus nuancés (par ex., un infirmier se voit uniquement affecté à un département pour les soins du matin, ...). Le choix d'un modèle ou de l'autre a un impact important sur le nombre d'infirmiers nécessaire. De même, il existe différentes visions dans le domaine de « l'utilisation » du personnel infirmier A1. Certaines structures intègrent en effet les infirmiers disposant d'un baccalauréat dans les soins de base, alors que d'autres procèdent différemment et n'affectent ces infirmiers A1 qu'à des postes de cadre (par ex. infirmier-chef) ou d'expert (par ex. personne de référence pour le soin de plaies, personne de référence pour la démence).

Outre le personnel infirmier et les aides-soignants, les structures font appel à des Kiné – Ergo - Logo (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes) et à du personnel paramédical (psychologues, diététiciens, assistants sociaux...). Ces personnes sont responsables de l'assistance paramédicale assurée au sein des maisons de repos et de soins. La figure ci-dessous détaille l'encadrement du personnel de kinésithérapie, d'ergothérapie et de logothérapie dans les différentes régions. Naturellement, les ETP concernés sont nettement plus faibles que pour l'équipe infirmier et aide-soignant. Ces chiffres montrent que l'encadrement du personnel de kinésithérapie, d'ergothérapie et de logothérapie est un peu plus élevée en Flandre que dans les autres régions, la valeur médiane étant de 0,9 ETP. Pour la Flandre, Bruxelles et la Wallonie, cette valeur médiane est de respectivement 0,9 ; 0,8 et 0,7 ETP. Dans ce cas également, la différence en matière de profil de résident (taux de dépendance) mais surtout la proportion de lits MRS (une norme KEL est présente uniquement pour les MRS) peuvent expliquer ces chiffres.

ETP Kiné - Ergo - Logo pour 30 résidents



Graphique 32 : ETP Kiné – Ergo - Logo pour 30 résidents - Par région

Vous trouverez ci-dessous le détail pour chaque type de pouvoir organisateur au sein de chaque région et également par province.

	Flandre			Bruxelles			Wallonie		
	P	ASBL	C	P	ASBL	C	P	ASBL	C
25%	0,7	0,8	0,7	0,8	0,3	0,5	0,8	0,8	0,2
50%	0,9	4,0	0,8	0,9	0,8	0,6	1,2	0,9	0,4
75%	1,0	1,3	0,9	1,3	1,6	0,9	1,4	1,1	0,6
Moyenne	0,9	1,1	0,7	1,0	1,0	0,7	1,1	1,0	0,4

Tableau 24 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Par région et par type de pouvoir organisateur

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	0,7	0,7	0,8	0,7
Médiane	0,8	0,9	0,9	0,9
3e quartile	1	1,2	1,1	1,1
Moyenne	0,9	1,	0,9	0,9

Tableau 25 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	0,4	0,5	0,6	0,4
Médiane	0,9	1,2	7,6	0,5
3e quartile	1,2	1,8	1,3	0,6
Moyenne	0,8	0,9	1	0,5

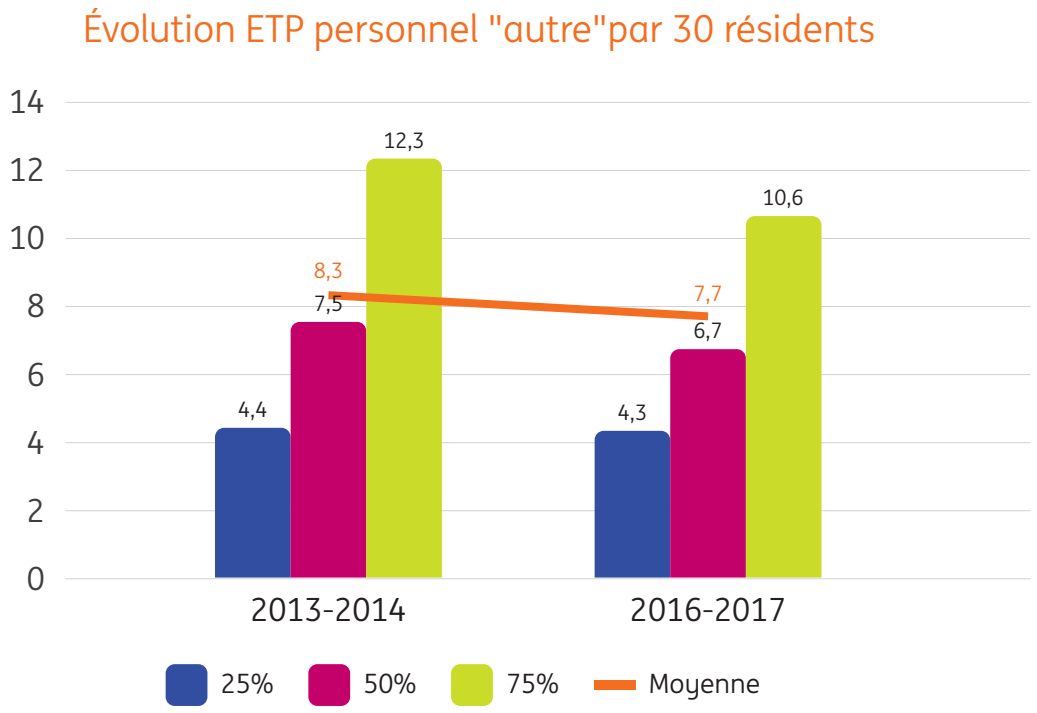
Tableau 26 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	0,7	0,3	0,6
Médiane	0,9	0,6	0,8
3e quartile	1,1	1,1	1
Moyenne	0,9	0,6	0,9

Tableau 27 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Région de Bruxelles

L'encadrement de personnel paramédical (outre les Kiné – Ergo - Logo) est plutôt limité. La valeur médiane atteint 0,27 ETP. Environ un quart des structures n'utilisent pas de personnel de réactivation (le 1er quartile est de 0), la norme est alors couverte par un excédent KEL ou un excédent infirmier (par le biais des compensations). Le troisième quartile atteint 0,53 ETP.

Un dernier groupe concerne les autres membres du personnel qui ne disposent pas d'une qualification en termes de soins. Il s'agit entre autres du personnel administratif, de nettoyage, de cuisine, etc. La valeur médiane atteint 6,7 ETP par 30 résidents et est de ce fait légèrement inférieure à celle d'il y a trois ans (valeur médiane de 7,5). La moyenne (qui n'est pas reprise sur le graphique) atteint respectivement 7,7 ETP (2016-17) et 8,3 ETP (2013-14).



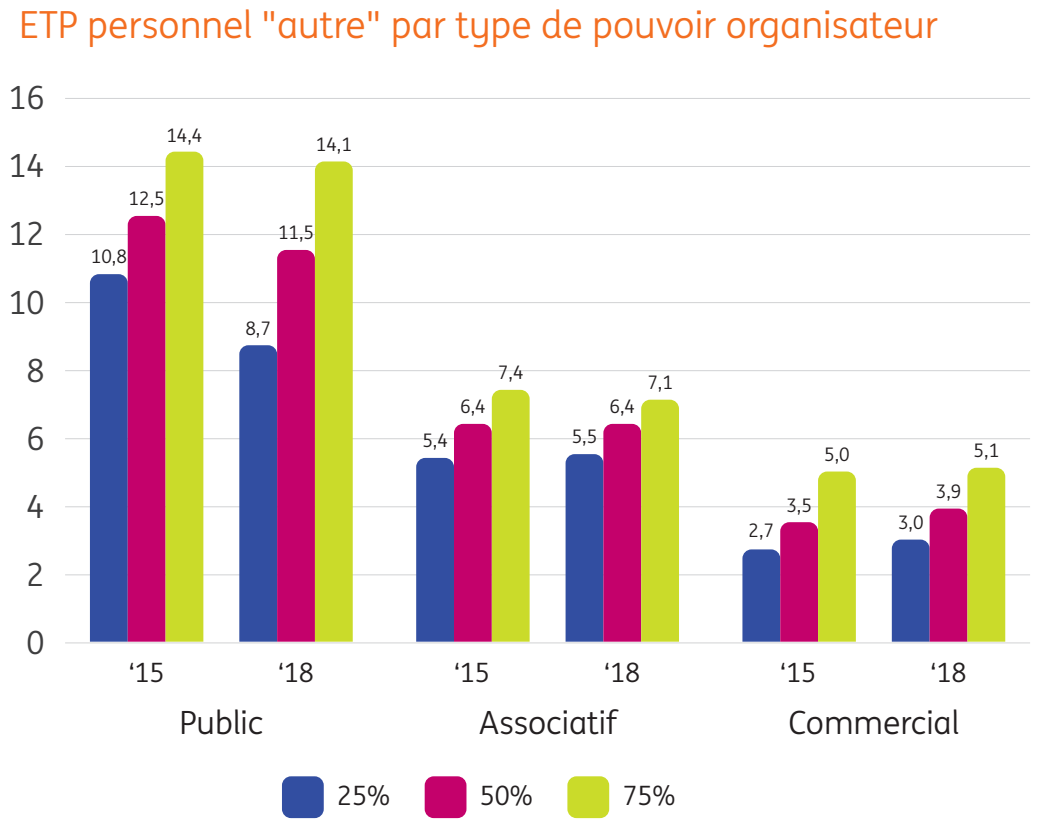
Graphique 33 : Évolution ETP personnel « autre » par 30 résidents

La figure ci-dessous (graphique 34) présente les détails par pouvoir organisateur[17] et par région. La valeur médiane pour le secteur public atteint 11,5 ETP. Elle est de 6,4 ETP pour le secteur sans but lucratif et de 3,9 ETP pour les structures à vocation commerciale. Il est important de noter que pour ces dernières, le sous-secteur est fortement consolidé (notamment par la structure en groupe). De ce fait, on travaille souvent avec une administration centrale pour des tâches administratives mais parfois aussi pour la maintenance ou des fonctions spécifiques (ex : conseiller en prévention). Sur le plan de l'évolution, une légère baisse de la valeur médiane et des quartiles apparaît principalement dans le secteur public, ainsi qu'une légère augmentation de ces chiffres clés dans le secteur à vocation commerciale.

Ces chiffres témoignent également d'importantes différences entre les divers pouvoirs organisateurs. Ces services n'étant pas immédiatement en relation avec le taux de dépendance, il ne s'agit pas là d'un facteur explicatif. Les différences mises en évidence sont notamment dues à l'organisation des soins, (par exemple en ce qui concerne le recours ou non à des collaborateurs logistiques non soignants) pouvant de cette manière effectuer une partie des tâches de l'équipe de soins. Un autre facteur important est par ailleurs l'externalisation de certaines tâches, conduisant ainsi à un personnel moins nombreux dans l'équipe hôtelière.

Il apparaît que c'est principalement la buanderie qui fait l'objet d'une externalisation (82,47 %), et un peu moins la cuisine (28,87 %). Le nettoyage est très rarement externalisé. Pour rappel, l'externalisation de ces service (et donc la diminution de l'encadrement propre à l'institution) entrainera un effet sur le financement du troisième volet pour les institutions dont le PO est à vocation commerciale ou en ASBL. Cependant, la même démarche de gestion n'aura pas d'incidence en structure publique.

17 Nous constatons que l'enregistrement d'un certain nombre d'autres barèmes dans le secteur public n'est pas directement lié au financement (via le troisième volet). De ce fait, un certain nombre de structures choisissent de ne pas enregistrer entièrement cette déclaration. Ce qui entraîne une sous-déclaration, qui provoque à son tour une sous-estimation (principalement le 1er quartile) de l'utilisation réelle. Ces chiffres ne peuvent par conséquent pas être interprétés. Nous recommandons dès lors d'utiliser le 3e quartile comme point de référence. La terminologie « autre » est utilisée en référence à la nomenclature utilisée dans le cadre du financement du personnel.



Graphique 34 : ETP personnel « autre » - Par type de pouvoir organisateur

Vous trouverez ci-dessous également un aperçu par province.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	6,3	5,8	5,0	4,2
Médiane	7,8	6,9	7,1	6,3
3e quartile	13,8	10,1	11	10,3
Moyenne	9,2	8,3	7,9	7,7

Tableau 28 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Flandre

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	3,8	3,6	3,6	2,3
Médiane	5,7	4,4	9,9	2,7
3e quartile	12,2	10,0	13,9	4,1
Moyenne	7,8	6,2	10,0	3,8

Tableau 29 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Wallonie

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	4,1	3,6	3,5
Médiane	6,2	3,9	5,2
3e quartile	8,1	10,0	10,4
Moyenne	6,6	5,6	6,7

Tableau 30 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Région de Bruxelles

5.3. Attirer de nouveaux collaborateurs

L'encadrement du personnel est en grande partie également liée aux flux entrants et sortants de nouveaux collaborateurs. Il apparaissait déjà dans notre précédente étude (ING-Probis, 2017) que la tendance au vieillissement de notre société se reflétait sur le personnel de soins. Acerta (2018)[18] a calculé qu'en 2017, dans le secteur des soins de santé, environ un collaborateur sur quatre a quitté son employeur. On constate en outre dans de nombreuses régions qu'il n'est pas simple d'attirer suffisamment de personnel qualifié et motivé. Une « guerre des talents » sévit ainsi constamment. L'afflux moyen est légèrement inférieur et ne suffit dès lors pas à compenser le vieillissement et les départs du personnel du secteur. Au cours de notre enquête, nous avons interrogé les structures sur ce point.

Les premières affirmations concernent la mesure dans laquelle il est facile/compliqué d'attirer de nouveaux collaborateurs. Le tableau ci-dessous vous en présente un aperçu des réponses obtenues. Il semblerait globalement que pour la majorité des qualifications, il soit compliqué d'attirer de nouveaux collaborateurs. C'est nettement moins le cas pour le personnel qui n'est pas en charge des soins (personnel « autre »). Pour ce dernier groupe, environ une structure sur cinq indique que la tâche se révèle complexe.

18 Acerta. (2018). Flux entrant insuffisant dans le secteur de soins pour contrebalancer le renversement de la pyramide des âges. https://www.acerta.be/aproposdacerta/media-center/communiques-de-presse/flux-entrant-insuffisant-dans-le-secteur-de-soins-pour-contrebalancer-le-renversement-de-la-pyramide-des-ages

Difficulté pour attirer des nouveaux collaborateurs (en pourcentage)

	Très compliqué	Compliqué	Neutre	Facile	Très facile
Infirmiers	50,8	36,2	6,2	5,1	1,7
Personnel de soins	12,4	37,6	20,2	26,4	3,4
Kinésithérapeutes	26,6	34,5	26,0	10,2	2,8
Ergothérapeutes	6,7	24,2	27,0	34,8	7,3
Personnel en charge du nettoyage	2,2	16,9	18,0	50,6	12,4
Personnel en charge de la cuisine	2,9	21,8	24,1	44,3	6,9
Administration	0,0	6,9	28,9	46,2	17,9

Tableau 31 : Attirer de nouveaux collaborateurs

La difficulté d'attirer du personnel infirmier apparaît nettement dans ce tableau. Environ quatre structures sur cinq estiment que c'est compliqué, voire très compliqué. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer :

Le personnel infirmier constitue un groupe en grande majorité également employé dans le secteur hospitalier et des soins à domicile. Les deux contextes (de travail) sont très différents de celui des maisons de repos et de soins. Le secteur hospitalier est généralement caractérisé par des tâches plus techniques. Le secteur des soins à domicile diffère quant à lui par sa mobilité, son caractère « familial » et, dans certains cas, des horaires de travail favorables à la vie de famille. En outre, il règne depuis longtemps une perception négative du travail des infirmiers au sein des structures pour personnes âgées. Cette perception négative s'accompagne d'un problème d'image sur lequel tant les autorités que le secteur (les maisons de repos) travaillent assidument. À court terme, cette problématique va encore se complexifier. D'une part, le bacculauréat en soins infirmiers va être restructuré pour devenir une formation sur quatre ans (à partir de l'année 2016-17). Par conséquent, l'année 2020 verra disparaître toute une cohorte d'arrivée de nouveaux diplômés. D'autre part, la récente réforme IFIC du secteur hospitalier entraîne une différence de classification et de rémunération (temporaire ou non) entre les deux secteurs.

Pour le groupe principal des collaborateurs en charge des soins dans le secteur des soins aux personnes âgées (les aides-soignants), l'image est plus nuancée. Cette problématique se pose dans un nombre plus restreint de structures. Cependant, prêt de la moitié des structures rencontrent aussi des problèmes pour ce groupe (compliqué à très compliqué). Même si ce pourcentage est inférieur à celui du personnel infirmier, il convient de tenir compte du fait qu'environ 75 % de l'équipe de soins est composée d'aides-soignants.

Au sein de l'équipe de soins, attirer des kinésithérapeutes (et dans une moindre mesure, des ergothérapeutes) représente un véritable défi. Il s'agit d'un cas bien spécifique : le financement INAMI se base en effet encore sur le baccalauréat, alors que cette formation n'est plus proposée que sous la forme d'un master depuis déjà plus de 15 ans. C'est pourquoi la majorité des structures appliquent encore aujourd'hui une rémunération inférieure, ce qui engendre un désavantage concurrentiel. Tout comme pour le personnel infirmier, on constate ici également une concurrence importante avec le secteur hospitalier et des soins à domicile (par ex. les kinés indépendants qui exercent dans leur propre cabinet), ainsi qu'un problème d'image.

Plusieurs stratégies permettent de relever ces défis. Il est important d'une part d'établir un lien avec les écoles par le biais de stages. D'autre part, un certain nombre de structures proposent des jobs étudiants (pendant les vacances ou le week-end). Ces deux approches s'intègrent à une stratégie globale de fidélisation. Les maisons de repos et de soins peuvent ainsi faire leur promotion au sein et en dehors de leur structure, en démontrant clairement ce qui les différencie en tant qu'employeur. Enfin, certaines maisons de repos et de soins réalisent des efforts supplémentaires sur le plan de la rémunération en accordant un certain nombre d'avantages complémentaires (par exemple des octrois ou des reprises d'ancienneté plus importantes que les seules règles légales obligatoires).

Pour finir, nous avons également analysé les fonctions qui ne sont pas en charge des soins (qualifications « autres »). Seule une minorité des personnes interrogées ont indiqué qu'il est difficile d'attirer du personnel en charge du nettoyage (19,1 %) et de la cuisine (24,7 %). La majorité des structures indiquent que le personnel administratif est plutôt facile à recruter.

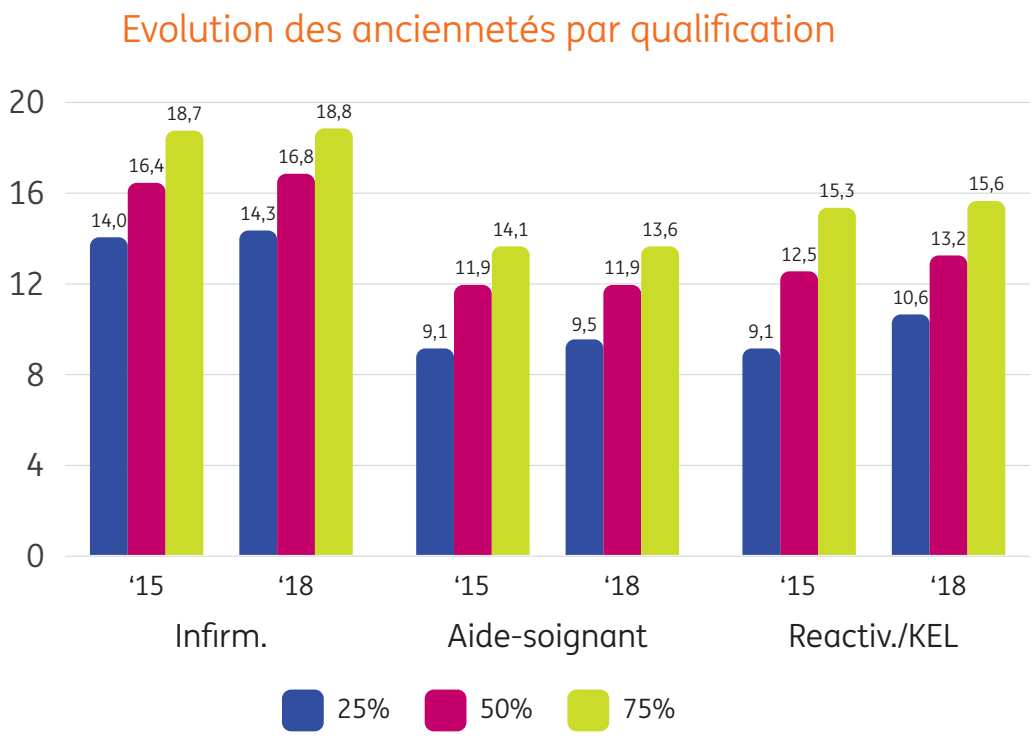
Nous avons également demandé aux participants de l'étude de nous indiquer leur perception de l'avenir dans le cadre de la gestion des ressources humaines. Ils sont plus de la moitié (60,5 %) à se dire plutôt pessimistes face à ce défi RH et ils s'attendent à ce que cette tendance défavorable se renforce à l'avenir.

5.4. L'ancienneté

Outre le volume du personnel (nombre d'ETP), le coût salarial et l'ancienneté barémique sont également des indicateurs importants. Les chiffres ci-dessous indiquent l'ancienneté barémique moyenne pondérée du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical (y compris les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et logopèdes).

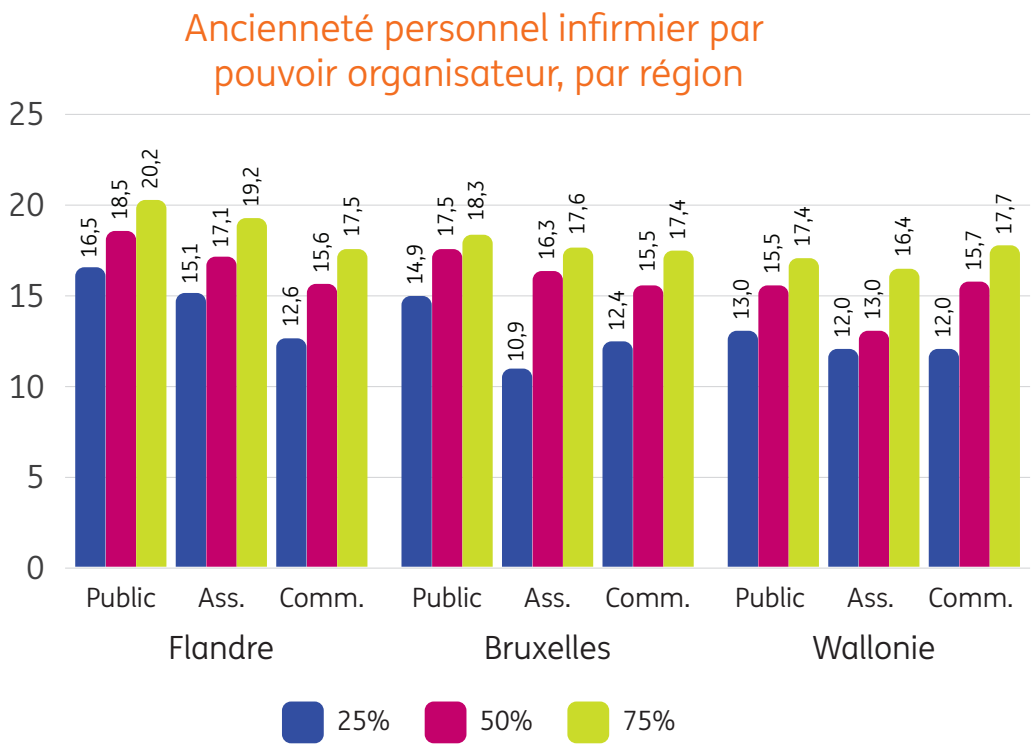
La valeur médiane globale (sur la totalité de l'échantillon) est de 16,8 ans pour le groupe du personnel infirmier. Cela signifie qu'environ la moitié de l'ensemble des structures de soins se situe au-dessus de l'ancienneté maximale qui est prise en considération dans le cadre du financement des soins. En effet, les subventions INAMI dépendent de cette ancienneté moyenne, mais avec des barèmes plafonnés à 16 ans (pour la qualification infirmière). Ce chiffre est légèrement plus élevé qu'il y a 3 ans (valeur médiane de 16,4 ans). Un quart des structures de soins atteignent même un score supérieur à 18,8 ans. Le personnel aide-soignant et le personnel paramédical ont également fait l'objet d'une évaluation similaire. L'ancienneté maximale à financer atteint la valeur de 12 ans dans ces deux groupes. La valeur médiane atteint respectivement 11,9 ans et 13,2 ans en 2018. Un quart des structures sont caractérisées par une ancienneté barémique de respectivement plus de 13,6 ans et 15,6 ans.

Cette valeur est restée identique pour le personnel aide-soignant au cours des dernières années. Pour le groupe Réactivation-Kiné – Ergo - Logo, il a légèrement augmenté (0,7 point de pourcentage).

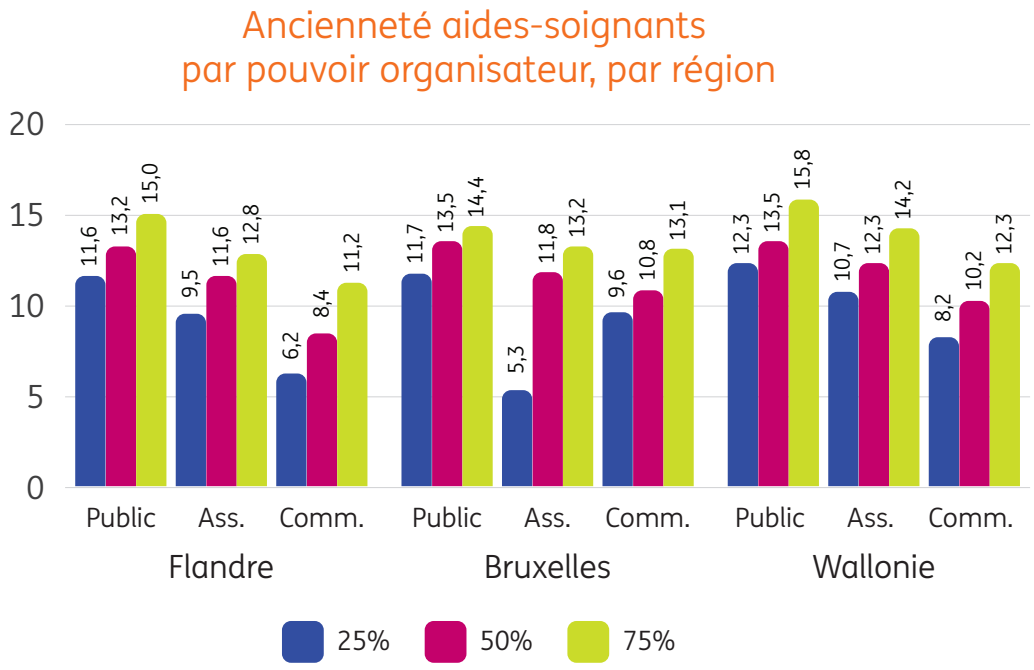


Graphique 35 : Évolution de l'ancienneté moyenne en Belgique (infirmiers – personnel de soins – KEL))

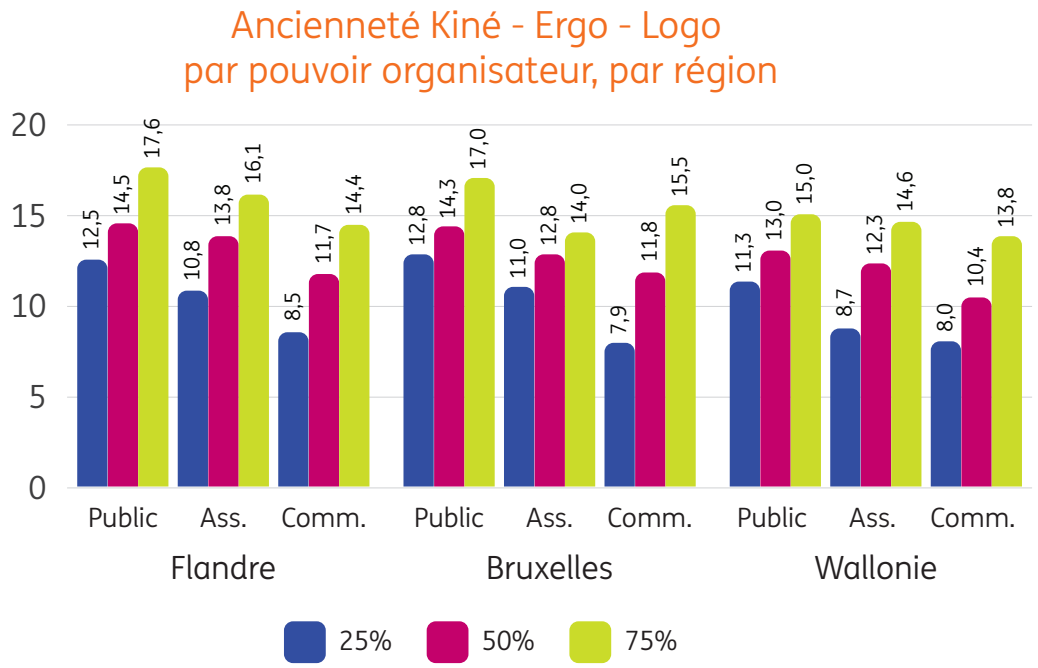
Vous trouverez également ci-dessous un aperçu de la situation par pouvoir organisateur et par région. La problématique qui veut que l'ancienneté barémique dévie du maximum à financer s'applique, pour le personnel infirmier, principalement dans le secteur public et les organismes sans but lucratif en Flandre (et dans une moindre mesure à Bruxelles). Pour le personnel aide-soignant, c'est principalement le cas en Flandre, dans le secteur public. Pour le personnel de réactivation-Kiné-Ergo-Logo, c'est le cas dans le secteur public et (dans une moindre mesure) dans les organismes sans but lucratif (en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie).



Graphique 36 : Ancienneté personnel infirmier - Par pouvoir organisateur, par région



Graphique 37 : Ancienneté aides-soignants - Par pouvoir organisateur, par région



Graphique 38 : Ancienneté personnel de réactivation-Kiné – Ergo - Logo - Par pouvoir organisateur, par région

Ci-dessous, vous pouvez trouver le détail complet pour le personnel infirmier et aides-soignants. On remarque particulièrement l'ancienneté moins élevée dans les provinces de Limbourg (personnel infirmier et aide-soignants) et Brabant Flamand, Brabant Wallon et Bruxelles (personnel aide-soignants)

Personnel infirmier	Flandre orientale	Flandre occidentale	Anvers	Limbourg
25%	16,0	14,9	16,2	13,0
50%	17,6	16,6	18,4	15,4
75%	19,5	19,0	20,1	17,0
Moyenne	17,4	16,8	17,9	14,8

Tableau 32 : Ancienneté personnel infirmier - Provinces flamandes

Personnel infirmier	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
25%	12,0	14,6	10,2	12,7
50%	14,6	16,8	13,2	15,4
75%	17,7	18,2	16,9	17,1
Moyenne	14,5	15,8	13,4	14,7

Tableau 33 : Ancienneté personnel infirmier - Provinces wallonnes

Personnel infirmier	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
25%	14,2	13,7	12,8
50%	16,4	15,8	16,3
75%	19,4	17,7	17,6
Moyenne	16,9	16,2	15,4

Tableau 34 : Ancienneté personnel infirmier - Région de Bruxelles

personnel aide-soignant	Flandre orientale	Flandre occidentale	Anvers	Limbourg
25%	10,0	10,0	8,6	6,3
50%	12,1	12,2	11,5	9,4
75%	14,2	13,5	13,6	12,2
Moyenne	12,0	11,9	11,2	9,3

Tableau 35 : Ancienneté personnel aide-soignant - Provinces flamandes

personnel aide-soignant	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
25%	10,0	11,1	11,5	7,8
50%	12,0	12,3	15,7	10,2
75%	13,5	15,1	18,3	12,8
Moyenne	12,0	13,0	15,2	10,3

Tableau 36 : Ancienneté personnel aide-soignant - Provinces wallonnes

personnel aide-soignant	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
25%	8,9	7,8	9,8
50%	11,9	10,1	12,1
75%	13,8	12,6	13,7
Moyenne	11,2	10,6	11,9

Tableau 37 : Ancienneté personnel aide-soignant - Région de Bruxelles

6. Financement

Pour terminer, nous nous intéressons à un certain nombre d'indicateurs financiers qui caractérisent le secteur. Les maisons de repos et de soins sont financées par le biais de 2 sources de revenus importantes. D'une part, le prix journalier et ses éventuels suppléments/débours (à la charge du senior), liés aux aspects logement et vie quotidienne de la MRPA/MRS. D'autre part, les financements des soins qui étaient, jusqu'à il y a peu, pris en charge par la sécurité sociale fédérale (financement INAMI) et qui sont aujourd'hui passés sous la compétence des autorités régionales. Le schéma ci-dessous offre un aperçu des flux financiers les plus importants. Il ressort de ce schéma que les financements des soins représentent le composant le plus important des revenus. Son importance relative varie d'une structure à l'autre, mais atteint pour les structures publiques entre 55 à 60 % des revenus. Du côté des dépenses, la fonction « encadrement soins » atteint environ 70 % des charges et la fonction « logement et vie quotidienne » environ 15 %. Ici aussi, l'importance relative de ces composants varie en fonction, entre autres, de la vision (importance relative des soins-vie quotidienne-logement) et de « l'âge » de l'infrastructure.

Il est clair dans ce schéma que le déséquilibre entre lles financements INAMI et le coût des soins (en gris) peut être le motif le plus important d'un éventuel déficit d'exploitation .

Recettes et dépenses d'une maison de repos

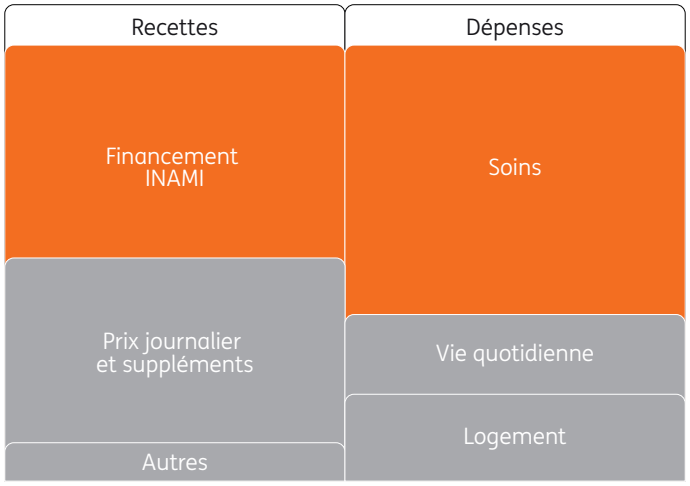


Figure 4 : Recettes et dépenses d'une maison de repos

Nous commençons par le financement des MRPA/MRS, avant de passer aux revenus (chiffre d'affaires INAMI). Puis les frais avec les coûts liés au personnel seront analysés. Nous terminons par une analyse de ces deux composants considérés simultanément.

6.1. Financement des MRPA/MRS

Les maisons de repos et de soins sont caractérisées par divers types d'agréments (titres de fonctionnement). En ce qui concerne les séjours résidentiels classiques, il existe deux formes d'agréments, à savoir MRPA[20] et MRS[21]. Les places MRS sont exclusivement réservées aux seniors ayant besoin d'une assistance et de soins importants (seniors avec profil Katz B, C ou Cd). Outre les agréments MRPA et MRS, on retrouve également des agréments de type « court séjour » qui jouent un rôle de passerelle pour l'accueil temporaire de seniors (ces agréments sont de type MRPA). Ce type d'agrément est ouvert tant aux profils de soins physiques de type léger (O et A) et lourd (B, C, Cd), qu'aux seniors souffrant de démence (D).

D'un point de vue financier, le nombre de lits agréés MRS est très important. Le financement par agrément MRPA s'élève à environ 6,5 ETP parmi le personnel de soins par 30 résidents. Il est nettement plus élevé (11,5 ETP) pour un agrément MRS, pour le même nombre de résidents.

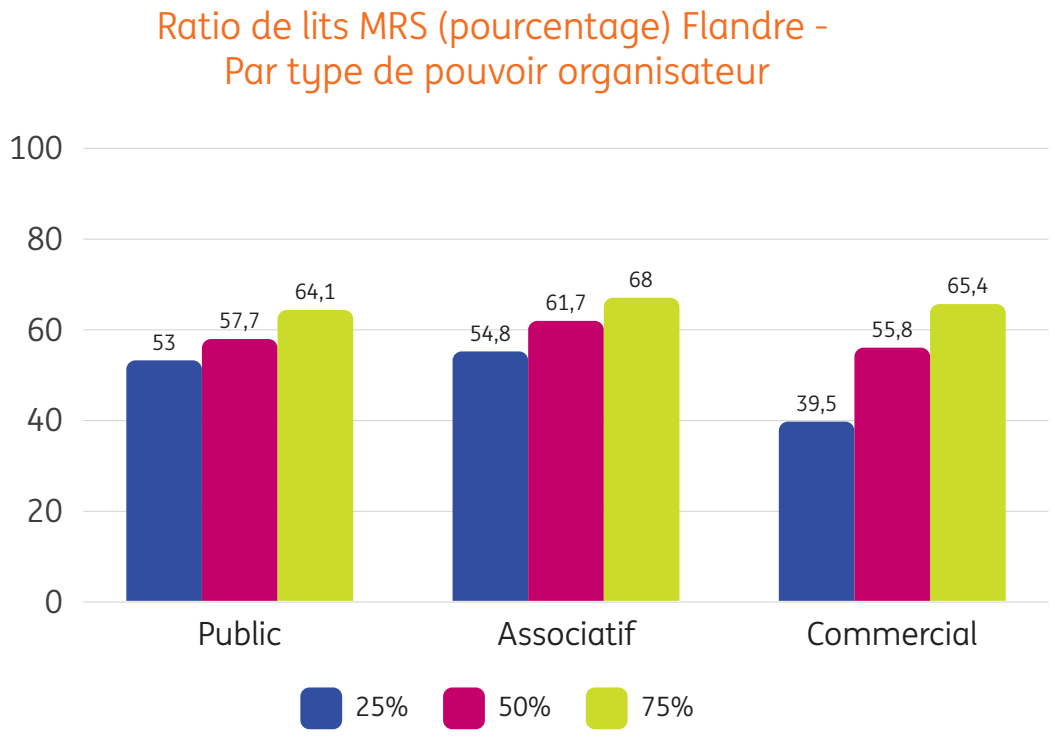
Les chiffres globaux (Belgique) indiquent une valeur médiane de 56,2 % d'agréments MRS par rapport au nombre total d'agréments pour toutes les structures (situation au 31/12/2017). Le premier quartile atteint 48,0 % et le troisième, 64,5 %. Il ressort également clairement de ces chiffres qu'un déséquilibre important existe entre les différentes maisons de repos et de soins dans le financement des soins.

Le ratio des agréments MRS (nombre de lits MRS par rapport au nombre total de lits MRPA+MRS) varie d'une région à l'autre. Après une phase d'augmentation des capacités, la Région flamande a investi plus massivement dans l'augmentation de la part d'agréments MRS que Bruxelles et la Région wallonne. Ce qui se vérifie dans nos chiffres. En 2018, la valeur médiane en Flandre atteint 59,0 % contre 50,5 % à Bruxelles et 47,9 % en Wallonie. Les graphiques ci-dessous vous présentent un aperçu en fonction du pouvoir organisateur (par région). Dans chaque région (Flandre, Wallonie, Bruxelles), on constate un déséquilibre important dans le financement. Ce déséquilibre est observé entre les différents pouvoirs organisateurs, mais également au sein d'un seul et même pouvoir organisateur. La différence de financement MRS peut s'expliquer de manière historique. Un certain nombre de structures disposent d'un nombre élevé d'agréments MRS par le biais d'une reconversion de capacité hospitalière. En outre, la politique menée il y a 15 ans permettait une meilleure couverture MRS. Les structures construites à l'époque et associées à un taux de dépendance relativement élevé (nombre de résidents avec profil B, C, Cd) obtenaient ainsi une requalification MRS plus aisée. La différence historique (déjà présente dès les années 1982) relative au ratio MRS entre les différentes régions s'est réduite au fil du temps avec l'application des différents protocoles d'accords (Etat fédéral, Régions, Communautés) visant la requalification des lits MRPA en MRS. Le ratio reste cependant encore déficitaire pour la Région Bruxelloise et Wallonne. Les moyens qui sont affectés aujourd'hui sont insuffisants pour prévoir un financement MRS à grande échelle. Les structures qui ont été créées par la suite, qui ont connu une extension ou qui vu une augmentation de leur taux de dépendance ces dernières années disposent de ce fait d'un plus petit ratio d'agréments MRS et par conséquent d'un financement inférieur. Les structures qui ont été créées par la suite ou qui ont connu une extension sont principalement des structures à vocation commerciale..

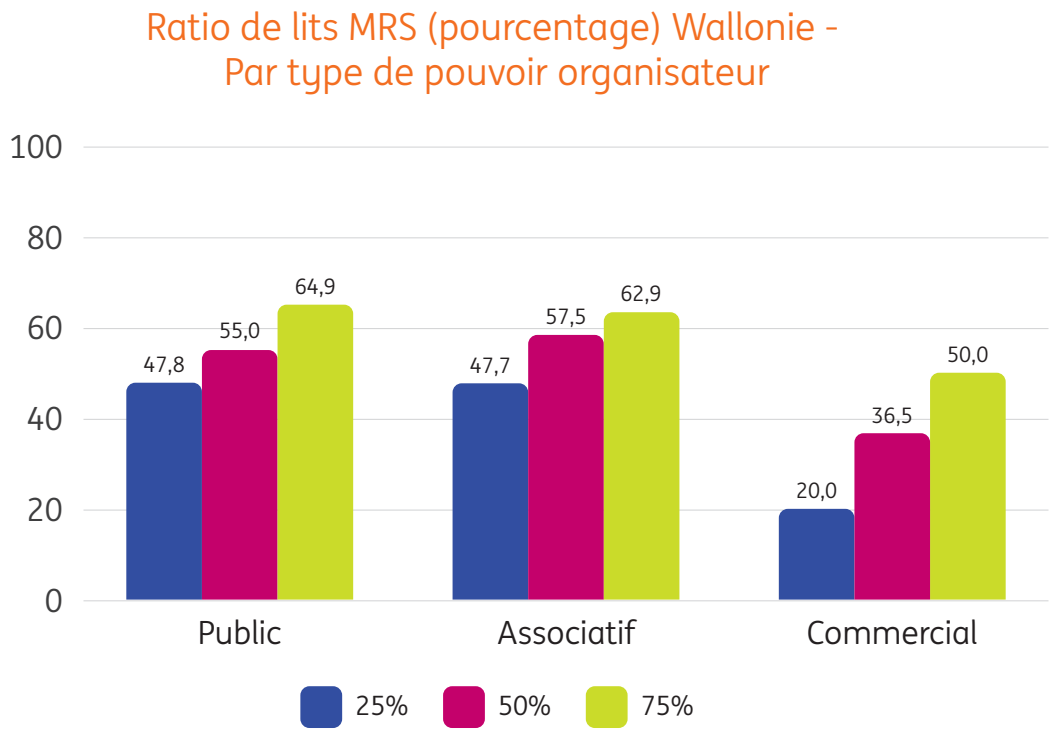
En Flandre, la médiane du ratio MRS pour les structures publiques atteint 57,7 % contre 61,7 % pour les structures sans but lucratif et 55,8 % pour les structures à vocation commerciale. La différence entre les deux est d'environ 5 points de pourcentage. Si l'on se base sur une échelle de 100 lits agréés, cela équivaut à 5 lits agréés MRS en moins. En Wallonie, la médiane pour les structures publiques atteint 55,0 % contre 57,5 % pour les structures sans but lucratif et 36,5 % pour les structures à vocation commerciale.

20 MRPA est l'abréviation de Maison de repos pour personnes âgées.

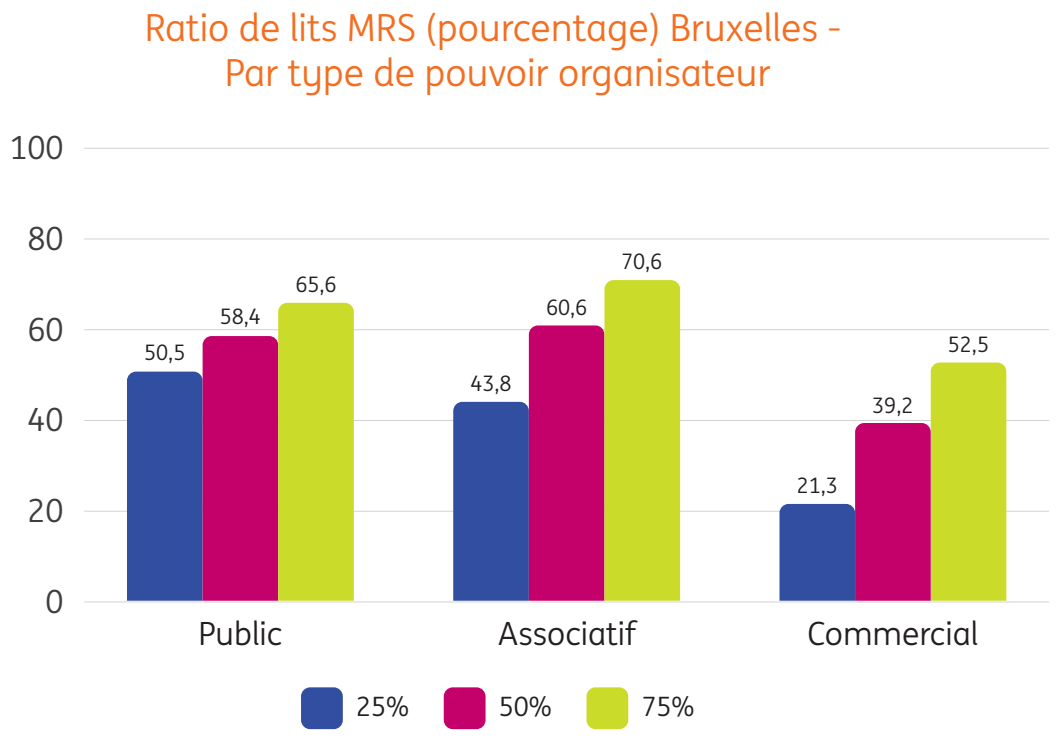
21 MRS est l'abréviation de Maison de repos et de soins



Graphique 39 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Flandre - Par type de pouvoir organisateur



Graphique 40 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Wallonie - Par type de pouvoir organisateur



Graphique 41 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Bruxelles - de pouvoir organisateur

Si l'on compare les répartitions au sein des différentes régions (Flandre, Wallonie, Bruxelles), on constate également des écarts. Ainsi, la répartition en Flandre est inférieure à celle des autres régions. La différence entre le 1er et le 3e quartile est de 13,5 points de pourcentage pour la Flandre (le 1er quartile atteint 51,9 % et le 3e quartile atteint 65,4 %). Pour la Wallonie et Bruxelles, elle est respectivement de 28,6 points de pourcentage (29,7 - 58,3 %) et 28,1 points de pourcentage (32,0 % - 60,1 %).

Nous vous présentons également un aperçu par province. Les écarts de ratio et de répartition entre les différentes régions sont ici évidents. Par analogie au taux de dépendance relativement élevé, la valeur médiane est légèrement plus élevée dans les provinces de Flandre occidentale et orientale que dans les autres provinces flamandes. En Wallonie, la valeur médiane est plus élevée dans la province de Namur que dans les autres provinces.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	54,9	53,5	48,0	44,2
Médiane	61,1	60,0	56,1	55,0
3e quartile	67,6	66,4	63,7	65,2
Moyenne	60,3	58,9	53,5	50,6

Tableau 38 : Ratio MRS - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	35,7	33,9	50,0	15,3
Médiane	52,6	57,0	51,1	25,8
3e quartile	61,3	66,5	66,2	46,8
Moyenne	47,1	49,7	59,6	24,2

Tableau 39 : Ratio MRS - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	50,9	39,4	32,0
Médiane	59,6	42,4	50,5
3e quartile	69,0	52,3	60,0
Moyenne	58,1	42,5	45,9

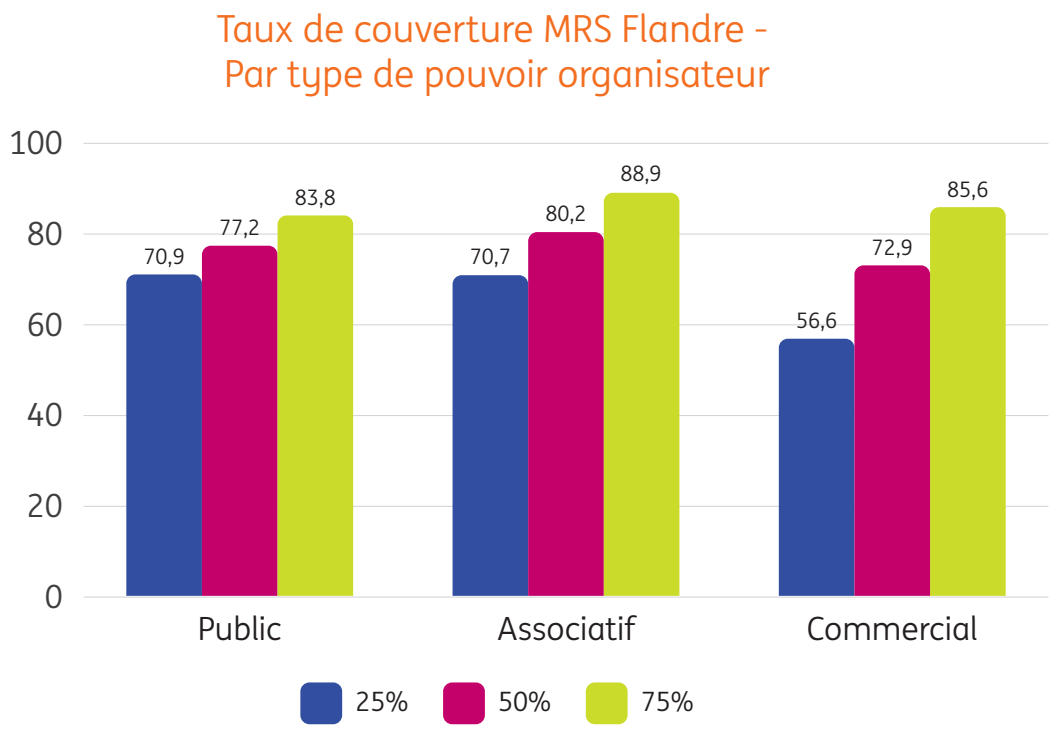
Tableau 40 : Ratio MRS - Région de Bruxelles

Ces chiffres illustrent l'impact de la politique flamande qui, au cours des dernières années, a (en partie) débloqué des moyens MRS supplémentaires pour le secteur. Cette politique[22] sera poursuivie dans les années à venir, ce qui permettra de maintenir cette tendance. Techniquement, cela se traduit dans l'indicateur du degré de couverture MRS, qui compare les agréments MRS présents et le taux de dépendance des résidents[23].

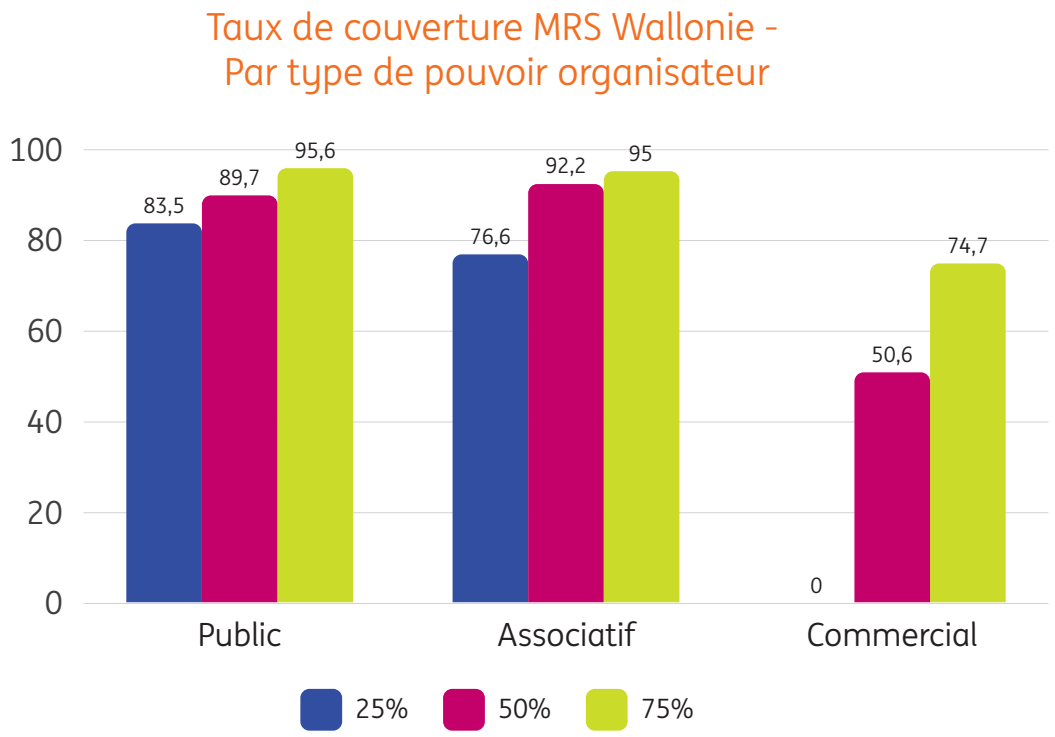
En Flandre, la médiane est de 77,2% (1er quartile : 68,1 %, 3e quartile : 86,4 %), en Wallonie, elle est de 75,2 % (1er quartile : 37,2 %, 3e quartile : 91 %) et à Bruxelles, elle se situe à 85,9 % (1er quartile : 60,6 %, 3e quartile : 102 %). Il est à noter qu'à Bruxelles un certain nombre de structures sont confrontées à un taux de dépendance trop faible que pour pouvoir assurer une occupation maximale des lits MRS. Le degré de couverture MRS dépasse dans ce cas les 100 %. Il y a plus de lits MRS que de résidents avec un profil de soins « lourd ». La situation spécifique à Bruxelles (voir paragraphe sur le degré d'occupation) peut être avancée comme explication.

22 Voir notamment l'arrêté du gouvernement flamand du 25 mai 2018 visant à ajouter 1850 lits MRS supplémentaires à la planification.

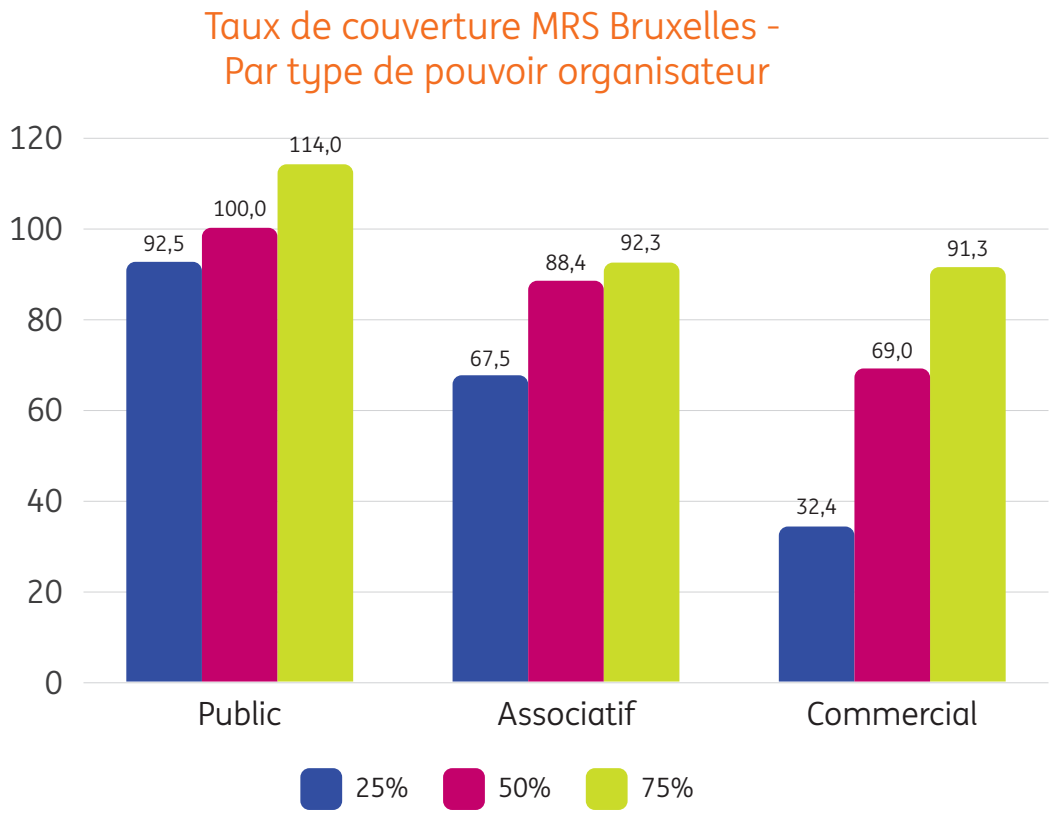
23 MRS/(B,C,Cd,D)



Graphique 42 : Taux de couverture MRS Flandre - Par type de pouvoir organisateur



Graphique 43 : Taux de couverture MRS Wallonie - Par type de pouvoir organisateur



Graphique 44 : Taux de couverture MRS Bruxelles - Par type de pouvoir organisateur

Vous trouverez ci-dessous également un aperçu par province. En Flandre, aucune différence notable n'est constatée au niveau du 3e quartile et de la valeur médiane. Dans les provinces d'Anvers et du Limbourg, un groupe d'institutions avec un taux de couverture relativement faible (1er quartile) ressort plus clairement.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	70,0	70,7	65,4	58,5
Médiane	74,0	78,6	77,5	75,8
3e quartile	82,6	85,8	86,5	88,7
Moyenne	74,0	75,5	73,0	66,8

Tableau 41 : Taux de couverture MRS - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	47,0	20,9	74,3	20,0
Médiane	84,5	84,1	88,3	35,1
3e quartile	93,7	89,1	102	76,0
Moyenne	67,0	62,5	89,1	38,7

Tableau 42 : Taux de couverture MRS - Provinces wallonnes

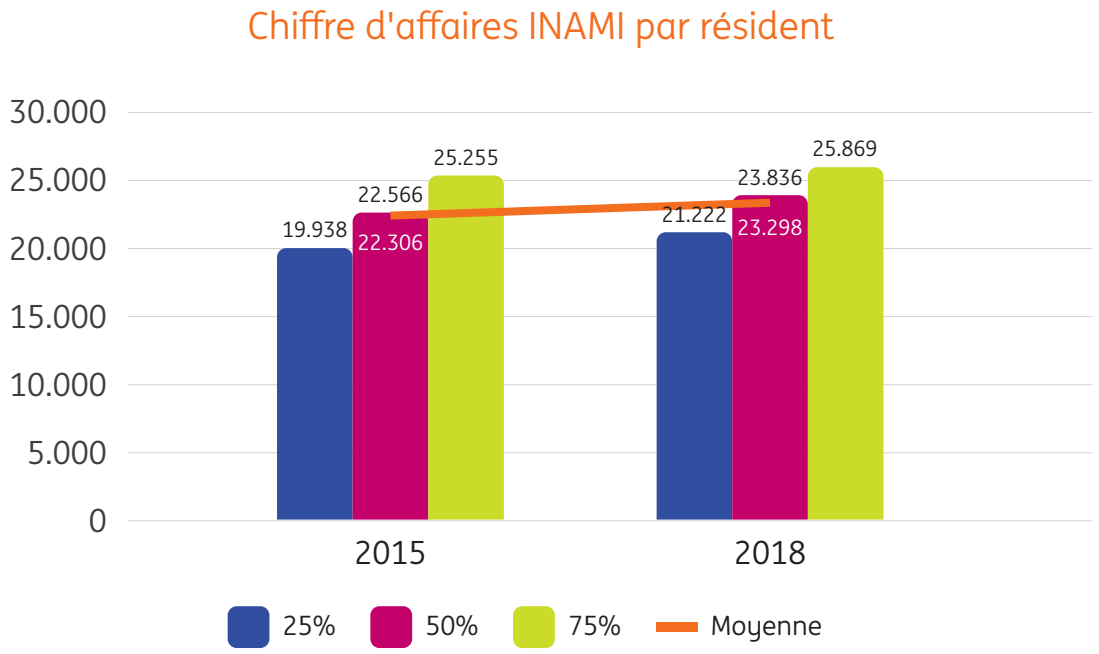
	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	68,7	53,2	60,6
Médiane	78,1	70,7	85,9
3e quartile	87,8	87,5	102
Moyenne	74,6	66,7	77,9

Tableau 43 : Taux de couverture MRS - Région de Bruxelles

6.2. Chiffre d'affaires INAMI

Nous allons aborder l'analyse du chiffre d'affaires INAMI par résident. Concrètement, nous tenons compte du forfait INAMI et du budget du troisième volet[24].

Globalement, le chiffre d'affaires INAMI par résident varie entre 21 122 € (1er quartile) et 25 869 € (3e quartile), soit un écart d'environ 22 %. La valeur médiane est de 23 836 €. Ces divergences peuvent s'expliquer par les différences concernant les trois piliers INAMI sous-jacents déjà évoqués, à savoir la répartition des agréments (par exemple % de lits MRS), le profil de dépendance des résidents et l'encadrement du personnel. Nous reviendrons ensuite sur l'évolution en comparant les valeurs actuelles à celles de 2015[25]. La valeur médiane du chiffre d'affaires a augmenté de 5,6 %.

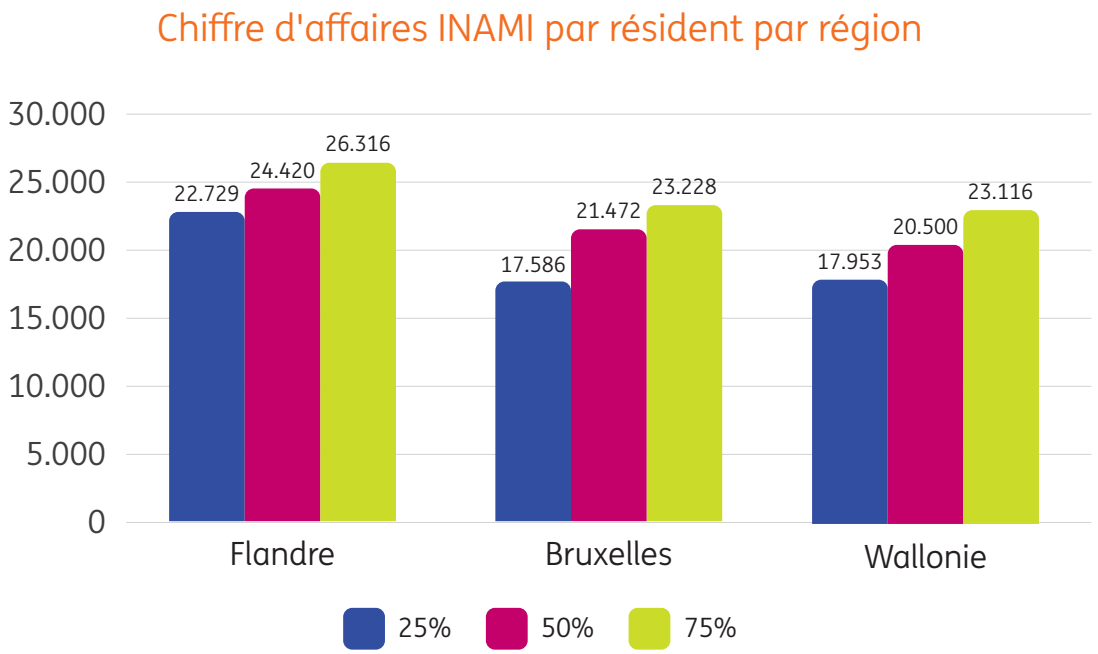


Graphique 45 : Chiffre d'affaires INAMI par résident

Si nous répartissons ces données par région, nous observons un chiffre d'affaires INAMI plus élevé en Flandre (médiane de 24 420 €). Les chiffres d'affaires INAMI identifiés à Bruxelles et en Wallonie sont quant à eux similaires. La valeur médiane atteint respectivement 20 500 € et 21 472 €. Les différents aspects déjà abordés peuvent expliquer ces différences. Concrètement, le taux de dépendance est supérieur et de ce fait les normes financées sont plus élevées. Il existe en outre un nombre plus important d'agréments MRS (et donc, des financements plus élevés). Enfin, l'ancienneté barémique des différentes qualifications de soins est souvent supérieure, ce qui a un impact positif sur le chiffre d'affaires INAMI.

24 L'indemnisation correspondant au troisième volet est étroitement liée aux coûts du personnel et au forfait INAMI. Ces deux éléments doivent par conséquent être pris en compte. Nous les définissons tous les deux en tant que chiffre d'affaires INAMI.

25 Indexé conformément à l'indice « santé »



Graphique 46 : Chiffre d'affaires INAMI par résident pour les différentes régions.

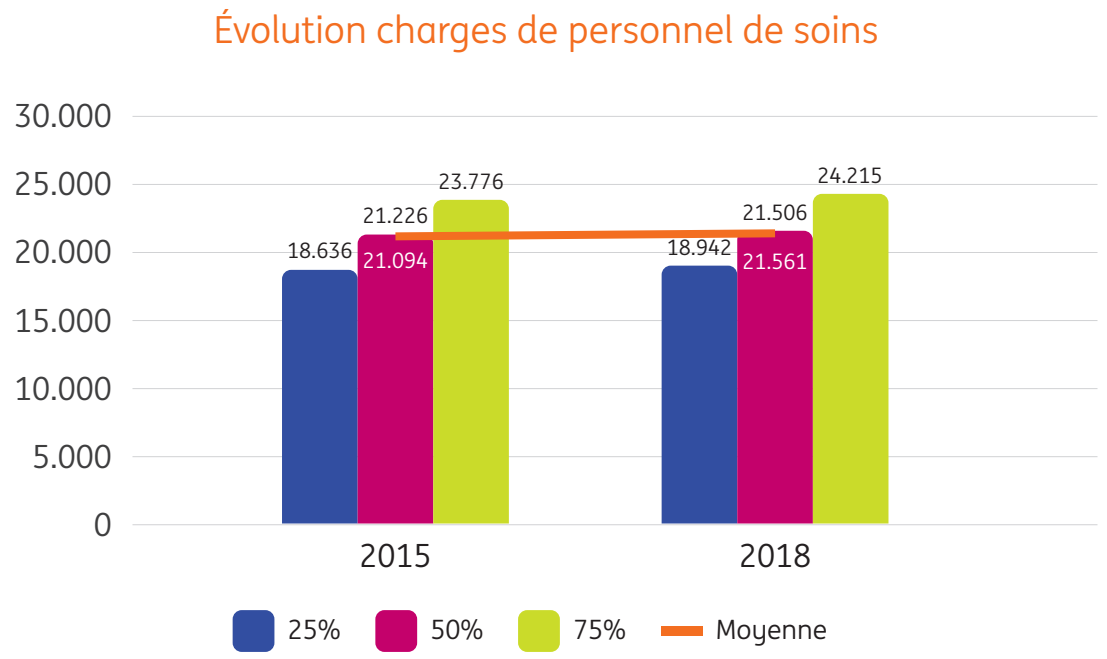
C'est en Flandre que l'on retrouve la répartition la plus importante. Le tableau ci-dessous reprend les détails par région.

	Flandre			Wallonie			Bruxelles		
	P	ASBL	C	P	ASBL	C	P	ASBL	C
25%	23 441	24 127	19 347	20 247	19 696	16 999	18 122	20 524	15 887
50%	24 899	25 585	21 963	22 708	21 364	18 601	21 690	23 034	19 682
75%	26 224	27 707	23 797	24 495	24 276	20 939	24 766	25 612	21 888
Moyenne	24 946	25 443	21 712	22 278	22 028	18 505	21 740	23 061	19 501

Tableau 44 : Chiffre d'affaires INAMI - Par région et type de pouvoir organisateur

6.3. Charges de personnel

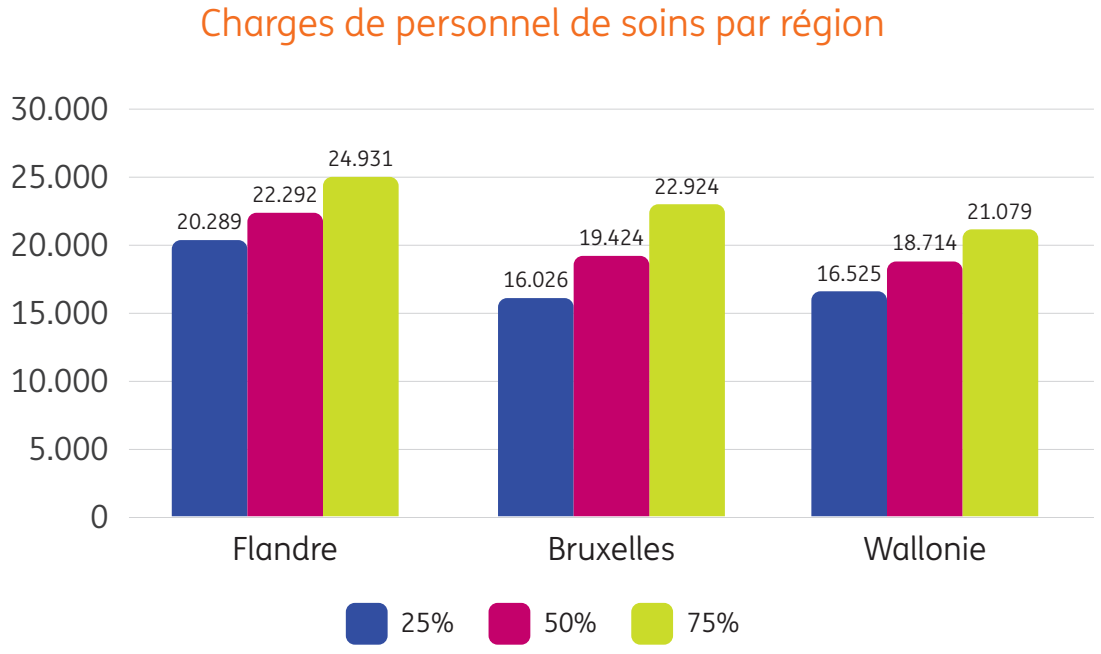
Intéressons-nous au principal composant en matière de coûts, à savoir les coûts liés au personnel de l'équipe de soins. Nous analysons ainsi les charges de personnel exprimées par résident. Tout comme pour le financement INAMI, nous faisons abstraction du personnel de soins qui est financé par le biais d'autres voies (par ex. création d'emplois, Maribel social, personne de référence démence, etc.). La médiane de notre échantillon atteint 21 506 € en 2018. Le graphique ci-dessous montre également l'importante variation entre les divers pouvoirs organisateurs. La différence entre le 1er et le 3e quartile est d'environ 28 %. Analysons également l'évolution. De manière analogue au chiffre d'affaires INAMI, l'indice de santé a été appliqué sur les chiffres de 2015. Il ressort que les structures sont parvenues ces dernières années à maintenir le niveau charges de personnel de l'équipe de soins. L'évolution des coûts est limitée à 1,3 %.



Graphique 47 : Charges de personnel équipe de soins - Par résident

Nous présentons également ces chiffres en fonction des régions. Les charges les plus élevées sont constatées en Flandre (valeur médiane de 22 292 €). La Flandre présente ici un score de 19 % supérieur à celui de la Wallonie et de 16 % supérieur à celui de Bruxelles (valeur

médiane). Cette différence s'explique d'une part par un effet volume (encadrement plus important en raison d'un taux de dépendance plus élevé et ratio MRS) et par un effet de coût (ancienneté barémique plus élevée).



Graphique 48 : Charges de personnel équipe de soins - Par résident, par région

Si nous comparons ces valeurs entre les différents types de pouvoir organisateur, il apparaît clairement que le secteur public et le secteur privé à but non lucratif ne montrent pas de grandes différences, même si le secteur public présente un coût un peu plus élevé. On note toutefois une différence importante avec le secteur privé à vocation commerciale, qui se caractérise par des charges de personnel plus faibles par résidents. Cela peut s'expliquer par des effectifs moindres (voir plus haut) mais également par un ratio MRS plus faible, une plus faible ancienneté barémique et des conditions de travail sui peuvent être sensiblement différentes (exemple le nombre d'heure prestées pour 1 ETP, le nombre de jours de congés, ...).

	Flandre			Wallonie			Bruxelles		
	P	ASBL	C	P	ASBL	C	P	ASBL	C
25%	22 132	20 959	17 387	18 898	16 978	15 244	20 157	16 622	136 680
50%	24 740	22 193	19 515	22 038	19 137	17 169	22 948	21 158	16 917
75%	26 464	24 130	20 988	23 980	21 272	19 097	23 725	22 899	19 242
Gem	24 895	22 146	19 309	22 373	19 429	16 604	22 897	20 263	18 115

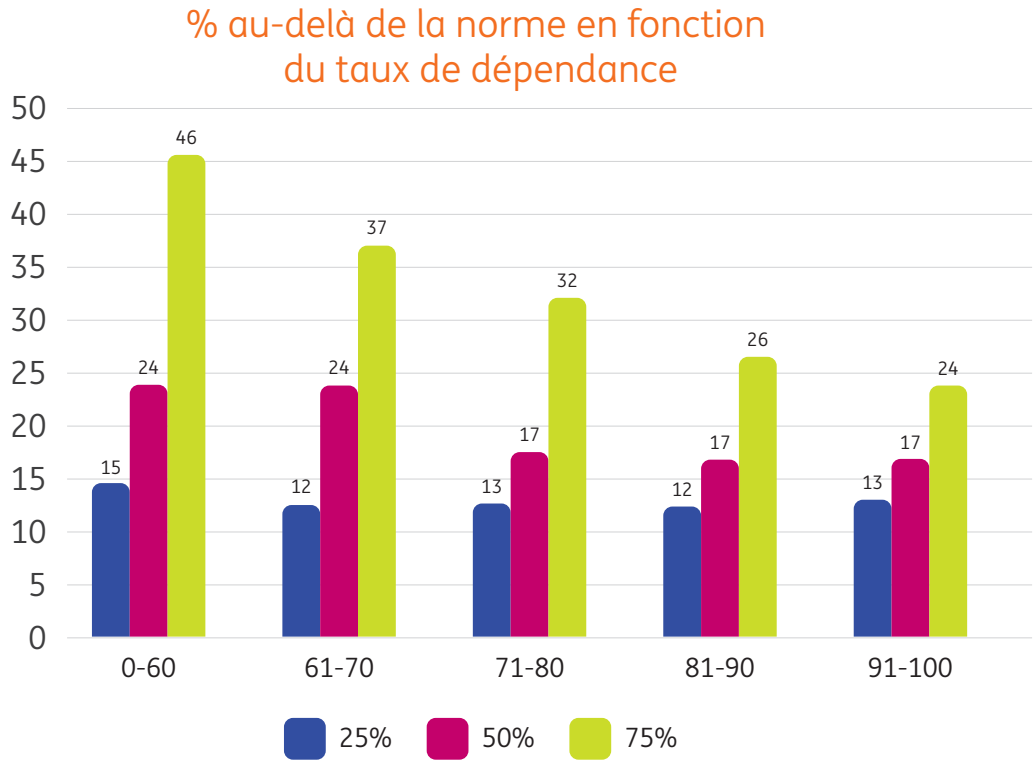
Tableau 45 : Charges de personnel en Flandre, Wallonie et Bruxelles par type de pouvoir organisateur

6.4. Coûts non financés

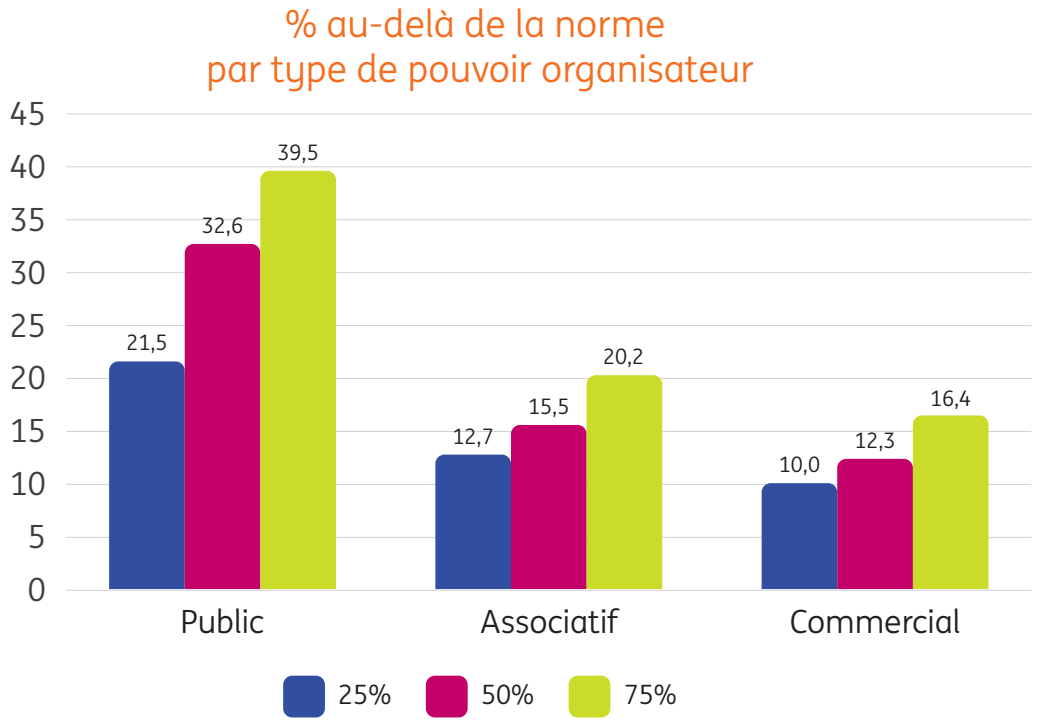
Pour terminer, nous examinons divers ratios clés de revenus par rapport aux charges de personnel de l'équipe de soins.

6.4.1. Pourcentage au-delà de la norme

Pour établir cet état des lieux, nous nous penchons sur les indicateurs INAMI, qui indiquent le pourcentage du personnel de soins au-delà de la norme. Dans ce calcul, le coût salarial (théorique) de l'équipe de soins est comparé au coût salarial (théorique) des normes INAMI financées. En raison d'autres composants de financement (le financement pour l'effort de soins supplémentaire via la partie A2 du forfait), il est financé jusqu'à 12.49 % au-delà de la norme. Un pourcentage au-delà engendre un coût salarial qui est non couvert de l'équipe de soins. Ici aussi, le taux de dépendance peut (en partie) être avancé comme explication aux excédents importants. Vous trouverez ci-dessous un aperçu du pourcentage au-delà de la norme en fonction du taux de dépendance.



Graphique 49 : % au-delà de la norme en fonction du taux de dépendance



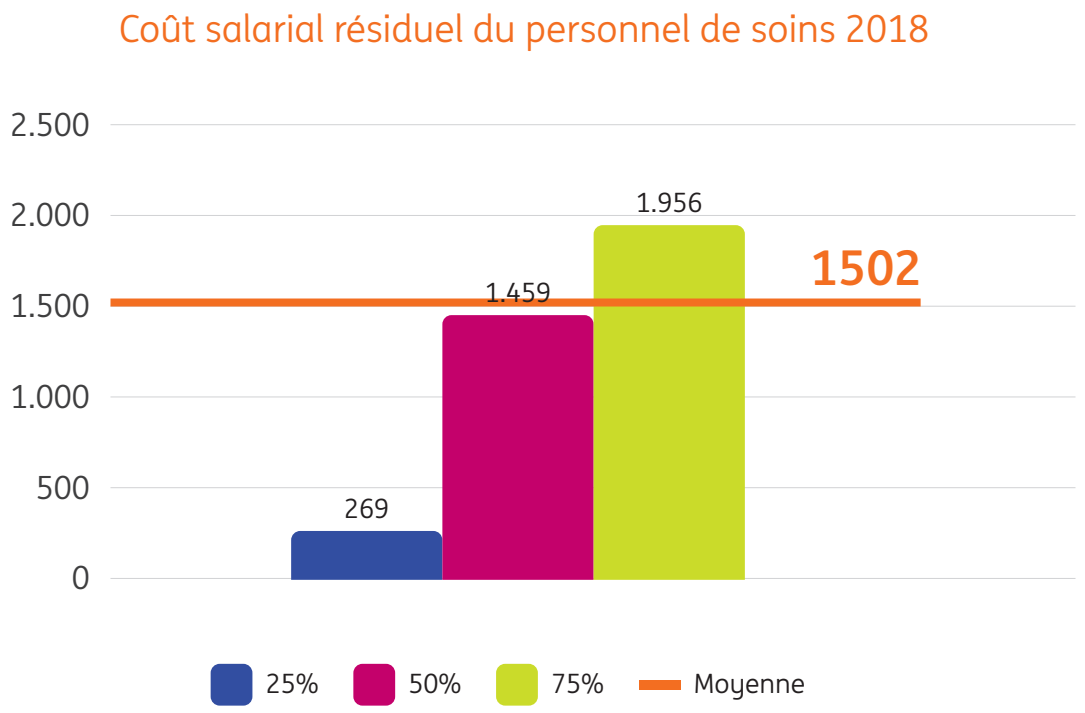
Graphique 50 : % au-delà de la norme par type de pouvoir organisateur

6.4.2. Coût salarial des soins non financé

Ensuite, nous pouvons également déterminer le coût salarial résiduel de l'équipe de soins par rapport aux financements INAMI (forfait - troisième volet[26]). Ce calcul indique dans quelle mesure un organisme investit de manière excédentaire par rapport à ces financements. Ces coûts sont alors couverts par les revenus liés au prix journalier (ou éventuellement par la contribution communale pour les structures publiques de soins).

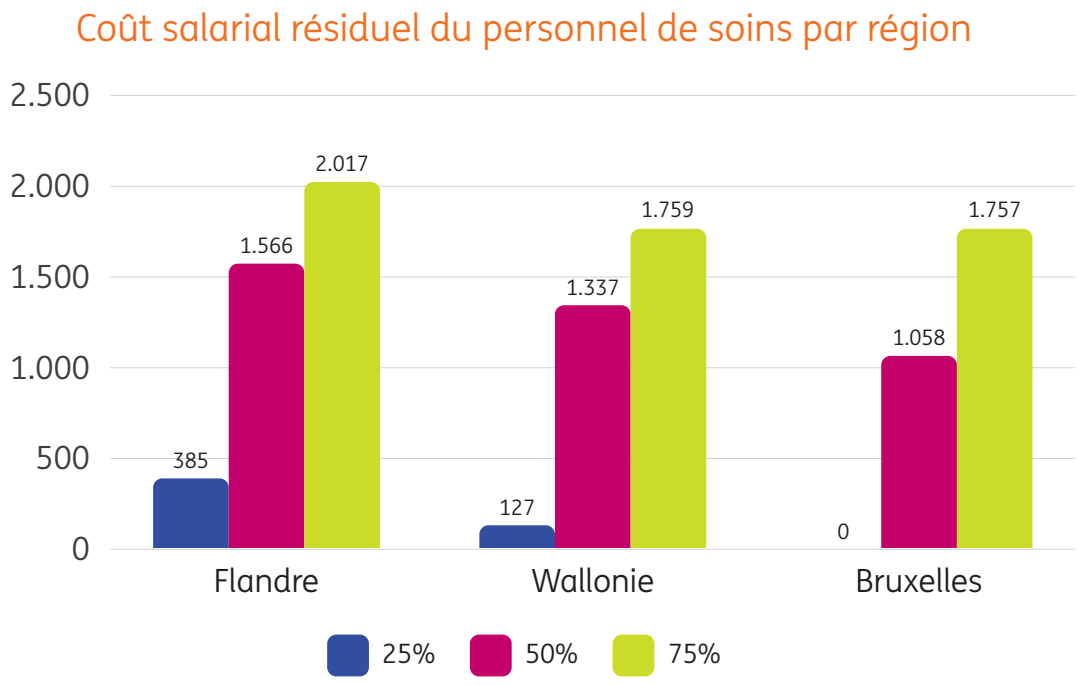
De ces chiffres globaux, il apparaît clairement que la grande majorité des institutions investissent de manière excédentaire dans l'équipe de soins. Moins de 25 % des structures de soins choisissent de ne pas le faire. Pour plus de 75 %, c'est bien le cas. La médiane atteint 1459 € par résident et par an. Un quart des structures de soins atteignent plus de 1956 € par résident et par an.

26 Nous faisons abstraction des membres du personnel dont les coûts salariaux sont couverts par d'autres financements (par exemple le Maribel social).



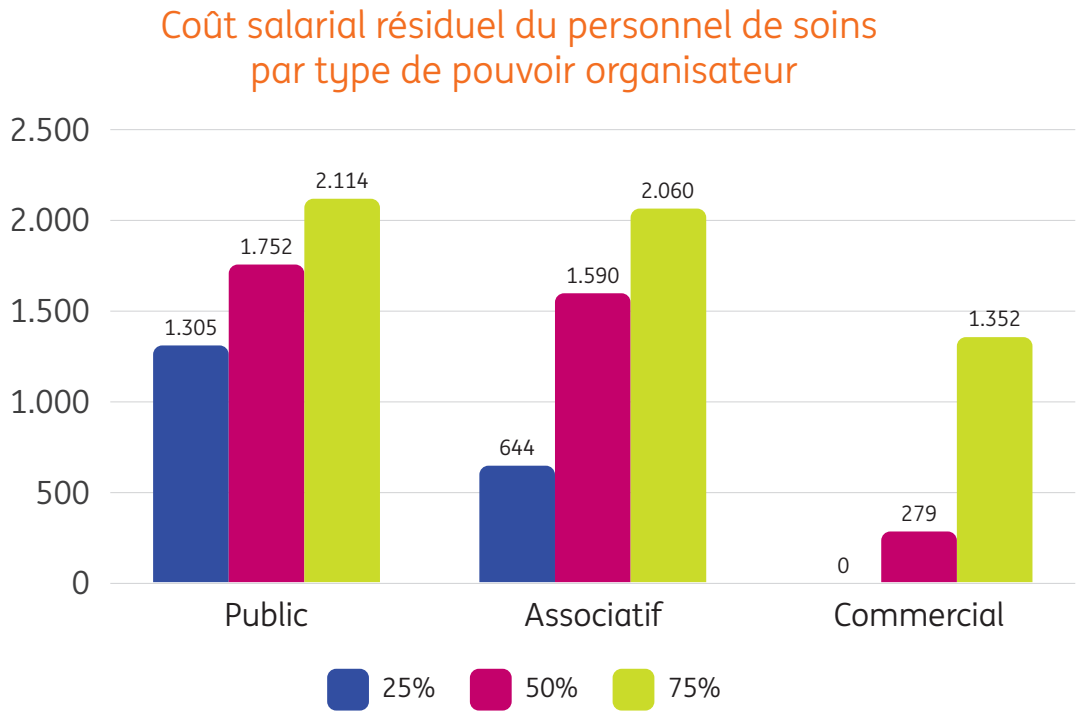
Graphique 51 : Coût salarial résiduel du personnel de soins en 2018

Pour cet indicateur également il existe des différences d'une région à l'autre. Les structures de soins implantées à Bruxelles obtenant un score plus élevé que celles implantées en Flandre et en Wallonie. Les motifs de ces différences ont déjà été abordés précédemment dans cette étude (notamment, le taux d'occupation).



Graphique 52 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par région

Si nous examinons ce chiffre en fonction du type de pouvoir organisateur, il est clair que le coût salarial résiduel des soins par résident dans les structures publiques est nettement plus élevé que dans le secteur privé. Nous pouvons constater que les organismes sans but lucratif investissent de manière importante dans l'encadrement des soins (valeur médiane de 1590 €) et que c'est également le cas d'un quart des organismes à vocation commerciale (le 3e quartile atteint 1352 €).



Graphique 53 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par type de pouvoir organisateur

Enfin, nous présentons une vue d'ensemble pour les différentes provinces.

	Flandre			Wallonie			Bruxelles		
	P	ASBL	C	P	ASBL	C	P	ASBL	C
25%	1 264	651	0	1 226	618	0	1 337	612	20
50%	1 778	1 655	332	1 763	1 100	37	1 660	2 162	154
75%	2 123	2 059	1 471	2 099	1 474	1 121	1 767	2 511	1 399
Gem	2 317	1 425	819	1 635	1 103	539	1 835	1 681	795

Tableau 46 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par région et par type de pouvoir organisateur

Enfin, nous présentons une vue d'ensemble pour les différentes provinces.

	Flandre occidentale	Flandre orientale	Anvers	Limbourg
1er quartile	1 085	266	1 059	85
Médiane	1 651	1 431	1 639	1 366
3e quartile	1 999	2 103	2 007	2 011
Moyenne	1 473	2 242	1 458	1 274

Tableau 47 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Provinces flamandes

	Hainaut	Namur	Luxembourg	Liège
1er quartile	609	330	768	0
Médiane	1 293	1 097	1 514	18
3e quartile	1 961	1 836	2 151	1 036
Moyenne	1 278	1 059	768	503

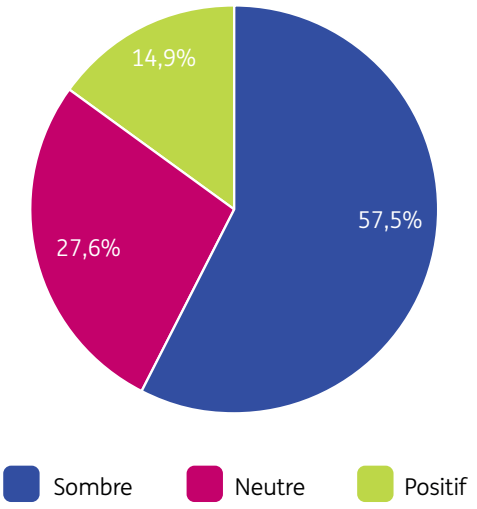
Tableau 48 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Provinces wallonnes

	Brabant flamand	Brabant wallon	Bruxelles
1er quartile	90	0	127
Médiane	1 602	19	1 337
3e quartile	2 032	1 758	1 759
Moyenne	687	687	1 276

Tableau 49 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Région de Bruxelles

6.5. Perspectives d'avenir.

Le secteur des soins pour personnes âgées est en pleine transformation. Le vieillissement s'accompagne d'un défi budgétaire, conséquence d'une importante augmentation des coûts des soins et des retraites. En outre, nous évoluons toujours plus vers une approche orientée offre, plutôt qu'une approche orientée demande. De même, à terme, le financement pourrait passer d'un financement lié aux institutions à des financements liés aux clients (quel que soit son lieu de prise en charge). Il ressort de notre enquête sur les perceptions que les structures voient leur avenir financier d'un œil pessimiste (sur 5 à 10 ans). Plus de la moitié (57,5 %) des personnes interrogées le qualifie même de plutôt sombre. Seule une minorité (14,9 %) voit ce contexte difficile comme une opportunité positive.



Graphique 54 : Perception de l'avenir financier (5-10 ans) de votre organisme

7. Conclusion

Le secteur des soins aux personnes âgées et ses sous-secteurs sont en pleine évolution et connaissent un développement constant. Alors qu'au cours des décennies précédentes, c'est l'expansion de la capacité des structures résidentielles (MRPA/MRS) qui a été principalement mise en exergue, on observe un changement de paradigme visant à la mise en place dès aujourd'hui et dans un avenir immédiat d'une offre de soins plus diversifiée. Les décideurs politiques, ainsi qu'un nombre croissant de gestionnaires et cadres ont conscience que les besoins des seniors ont changé et que les MRPA/MRS classiques ne peuvent plus être les seules réponses avancées.

En parallèle, le taux de dépendance continue d'augmenter et la MRPA/MRS évolue vers un cadre de soins dédiés aux seniors souffrant d'une dépendance physique aux soins élevée et/ou souffrant de démence ou désorientation. De manière cohérente, les maisons de repos et de soins investissent dans un encadrement de soins plus important que les seules normes financées, afin de pouvoir proposer des soins de qualité et ne pas dépasser une charge de travail acceptable. Les décideurs font également face à un enjeu important dans le domaine RH. La tendance au vieillissement observée dans notre société se reflète également sur le personnel de soins. On constate dans de nombreuses régions qu'il n'est pas simple d'attirer suffisamment de personnel qualifié et motivé. Une « guerre des talents » sévit ainsi constamment.

Le vieillissement s'accompagne également d'une problématique budgétaire. Malgré une vision plutôt pessimiste de l'avenir financier pour leurs organismes exprimés par la majorité des sondés, la plupart des structures investissent pleinement dans les soins au travers du personnel d'encadrement. En moyenne, les structures investissent 1502 euros en plus par résident et par an dans le domaine des soins prodigués aux résidents (encadrement). Il apparait que la plupart des structures fournissent cet effort, et ce quel que soit le pouvoir organisateur (structure publique, sans but lucratif et à vocation commerciale).

8. Liste des graphiques

Graphique 1 : Capacités agréées de l'échantillon 17

Graphique 2 : Capacités agréées - Par région 18

Graphique 3 : Capacités agréées - Par type de gestionnaire 19

Graphique 4 : évolution du taux d'occupation des MRPA-MRS 29

Graphique 5 : Taux d'occupation des MRPA-MRS - Par région 30

Graphique 6 : Taux d'occupation - Par type de pouvoir organisateur 32

Graphique 7 : Lorsqu'une chambre se libère, une nouvelle admission a lieu dans un délai de 5 jours. 32

Graphique 8 : Notre liste d'attente active a fortement diminué au cours des 3 dernières années. 33

Graphique 9 : Risque d'inoccupation 2018-2020 33

Graphique 10 : Possibilité de diminuer le taux de dépendance pour contrer la diminution de la liste d'attente 34

Graphique 11 : Origines géographiques des résidents 35

Graphique 12 : Taux d'occupation des courts séjours - Par région 36

Graphique 13 : Évolution du taux de dépendance en MRPA-MRS 40

Graphique 14 : Taux de dépendance en MRPA-MRS - Par région 40

Graphique 15 : Taux de dépendance - Flandre 42

Graphique 16 : Taux de dépendance – Wallonie 43

Graphique 17 : Taux de dépendance - Région de Bruxelles 44

Graphique 18 : Évolution du taux de dépendance - Par région 45

Graphique 19 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18 46

Graphique 20 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18 - Par région 47

Graphique 21 : Evolution profils « D et Cd » : 2015-18 - Par type de pouvoir organisateur 48

Graphique 22 : Évolution du taux de dépendance dans les lits Cs en % 49

Graphique 23 : Taux de dépendance dans les lits Cs en % - Par région 50

Graphique 24 : Evolution des profils de démence et désorientation dans les CS en % 51

Graphique 25 : profils de démence et désorientation dans les Cs en % - Par région 51

Graphique 26 : Évolution de l'encadrement présent du personnel de soins 54

Graphique 27 : Évolution de l'encadrement en personnel de soins - Par région 55

Graphique 28 : Evolution encadrement du personnel de soins - Par type de pouvoir organisateur 56

Graphique 29 : Encadrement du personnel de soins en fonction du taux de dépendance 57

Graphique 30 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins - 2018 59

Graphique 31 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins en fonction du taux de dépendance 60

Graphique 32 : ETP Kiné – Ergo - Logo pour 30 résidents - Par région 61

Graphique 33 : Évolution ETP personnel « autre » par 30 résidents 63

Graphique 34 : ETP personnel « autre » - Par type de pouvoir organisateur 64

Graphique 35 : Évolution de l'ancienneté moyenne en Belgique (infirmiers – personnel de soins – KEL)) 68

Graphique 36 : Ancienneté personnel infirmier - Par pouvoir organisateur, par région 70

Graphique 37 : Ancienneté aides-soignants - Par pouvoir organisateur, par région 70

Graphique 38 : Ancienneté personnel de réactivation-Kiné – Ergo - Logo - Par pouvoir organisateur, par région 71
Graphique 39 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Flandre - Par type de pouvoir organisateur 76
Graphique 40 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Wallonie - Par type de pouvoir organisateur 76
Graphique 41 : Ratio de lits MRS (pourcentage) Bruxelles - de pouvoir organisateur 77
Graphique 42 : Taux de couverture MRS Flandre - Par type de pouvoir organisateur 80
Graphique 43 : Taux de couverture MRS Wallonie - Par type de pouvoir organisateur 80
Graphique 44 : Taux de couverture MRS Bruxelles - Par type de pouvoir organisateur 81
Graphique 45 : Chiffre d'affaires INAMI par résident 82
Graphique 46 : Chiffre d'affaires INAMI par résident pour les différentes régions. 83
Graphique 47 : Charges de personnel équipe de soins - Par résident 84
Graphique 48 : Charges de personnel équipe de soins - Par résident, par région 85
Graphique 49 : % au-delà de la norme en fonction du taux de dépendance 86
Graphique 50 : % au-delà de la norme par type de pouvoir organisateur 87
Graphique 51 : Coût salarial résiduel du personnel de soins en 2018 88
Graphique 52 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par région 88
Graphique 53 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par type de pouvoir organisateur 89
Graphique 54 : Perception de l'avenir financier (5-10 ans) de votre organisme 90

9. Liste des tableaux

Tableau 1 : Pourcentage de participation - Par région 14
Tableau 2 : Pourcentage de participation - Par type d'exploitant 15
Tableau 3 : Pourcentage de participation en Flandre - Par type d'exploitant 15
Tableau 4 : Pourcentage de participation en Wallonie - Par type d'exploitant 15
Tableau 5: Évolution démographique (Bureau fédéral du Plan, 2017) 20
Tableau 6 : Projection de l'espérance de vie (en bonne santé) 2018-2040 (CBS, 2018) 28
Tableau 7 : Taux d'occupation - Provinces flamandes 30
Tableau 8 : Taux d'occupation - Région de Bruxelles 31
Tableau 9 : Taux d'occupation - Provinces wallonnes 31
Tableau 10 : Taux d'occupation courts séjours - Provinces flamandes 37
Tableau 11 : Taux d'occupation courts séjours - Provinces wallonnes 37
Tableau 12 : Taux d'occupation lits courts séjours - Région de Bruxelles 37
Tableau 13 : Taux de dépendance - Flandre 41
Tableau 14 : Taux de dépendance - Wallonie 41
Tableau 15 : Taux de dépendance - Région de Bruxelles 41
Tableau 16 : Profils « D et Cd » - Provinces flamandes 47
Tableau 17 : Profils « D et Cd » - Provinces wallonnes 48
Tableau 18 : Profils « D et Cd » - Région de Bruxelles 48
Tableau 19 : Taux de dépendance pour les courts séjours - Provinces flamandes 50
Tableau 20 : ETP soins pour 30 résidents - Provinces flamandes 58
Tableau 21 : ETP soins pour 30 résidents - Provinces wallonnes 58
Tableau 22 : ETP soins pour 30 résidents - Région de Bruxelles 58
Tableau 23 : Proportion d'infirmiers au sein de l'équipe de soins (2018) par région et par type de pouvoir organisateur 59
Tableau 24 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Par région et par type de pouvoir organisateur 61
Tableau 25 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Provinces flamandes 62
Tableau 26 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Provinces wallonnes 62
Tableau 27 : ETP Kiné – Ergo - Logo par 30 résidents - Région de Bruxelles 62
Tableau 28 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Flandre 64
Tableau 29 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Wallonie 64
Tableau 30 : ETP personnel « autre » par 30 résidents - Région de Bruxelles 65
Tableau 31 : Attirer de nouveaux collaborateurs 66
Tableau 32 : Ancienneté personnel infirmier - Provinces flamandes 71
Tableau 33 : Ancienneté personnel infirmier - Provinces wallonnes 71
Tableau 34 : Ancienneté personnel infirmier - Région de Bruxelles 71
Tableau 35 : Ancienneté personnel aide-soignant - Provinces flamandes 72
Tableau 36 : Ancienneté personnel aide-soignant - Provinces wallonnes 72
Tableau 37 : Ancienneté personnel aide-soignant - Région de Bruxelles 72
Tableau 38 : Ratio MRS - Provinces flamandes 78

Tableau 39 : Ratio MRS - Provinces wallonnes 78
Tableau 40 : Ratio MRS - Région de Bruxelles 78
Tableau 41 : Taux de couverture MRS - Provinces flamandes 81
Tableau 42 : Taux de couverture MRS - Provinces wallonnes 81
Tableau 43 : Taux de couverture MRS - Région de Bruxelles 82
Tableau 44 : Chiffre d'affaires INAMI - Par région et type de pouvoir organisateur 84
Tableau 45 : Charges de personnel en Flandre, Wallonie et Bruxelles par type de pouvoir organisateur 85
Tableau 46 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Par région et par type de pouvoir organisateur 89
Tableau 47 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Provinces flamandes 90
Tableau 48 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Provinces wallonnes 90
Tableau 49 : Coût salarial résiduel du personnel de soins - Région de Bruxelles 90

10. Liste des figures

Figure 1 : Chiffres distinctifs 16
Figure 2 : Projections démographiques 2016-2060 (Bureau fédéral du Plan, 2017) 21
Figure 3 : Nombre de résidences services proportionnellement au nombre de personnes de 65 ans et plus - Par région (ING-Probis, 2017) 24
Figure 4 : Recettes et dépenses d'une maison de repos 73