



*Le Groupement Européen d'Intérêt Economique  
Luxlorsan "LLS"*

## **Prise en charge et mobilité des personnes âgées dans l'espace transfrontalier Luxlorsan**

Octobre 2005



Rapport rédigé dans le cadre de la recherche-action Luxlorsan, émergeant au programme Interreg III-A WLL, cofinancé par le Fonds Européen de Développement Régional

# **Prise en charge et mobilité des personnes âgées dans l'espace transfrontalier Luxlorsan**

Étude comparée des systèmes de prise en charge belge, français et luxembourgeois  
et analyse des flux dans les versants frontaliers de la Lorraine, de la Province du  
Luxembourg et du Grand-Duché de Luxembourg

Octobre 2005

## **Comité de rédaction :**

A. CHAPELLE, MCPL ; C. COLLIE, MCPL ; K. HAQUIN, CRAM NE ; C. HARTMANN-HIRSCH,  
CEPS/Instead ; H. LEWALLE, ANMC ; M. PASTOR, CRAM AM ; A. TCHICAYA, CEPS/Instead

Ce rapport est le fruit d'un long travail effectué par une équipe transfrontalière composée d'agents de :

*La Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord Est (CRAM NE, Nancy – France)*

*La Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Alsace Moselle (CRAM AM, Strasbourg – France)*

*Le Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (CEPS/INSTEAD, Differdange – Grand-Duché de Luxembourg)*

*La Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg (MCPL, Arlon – Belgique)*

*L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC, Bruxelles – Belgique).*

Ces organismes ont ensemble constitué un Groupement Européen d'Intérêt Economique (GEIE) appelé LUXLORSAN (LLS) avec l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg (IGSS).

Ils ont développé un projet de recherche-action transfrontalière dans le domaine de la santé dans le cadre du programme Interreg III Wallonie - Lorraine - Luxembourg dont le présent rapport constitue une des principales actions.

Pour le mener à bien, les gestionnaires de structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées de la zone frontalière du projet Interreg III WLL ont été sollicités pour répondre à un questionnaire visant essentiellement à quantifier les flux de personnes âgées vers des établissements situés de l'autre côté de la frontière. Certains se sont également prêtés à un entretien complémentaire.

Qu'ils soient remerciés du temps qu'ils ont bien voulu consacrer à ce travail ainsi que pour la compréhension et l'amabilité dont ils ont fait preuve pour transmettre les informations récoltées.

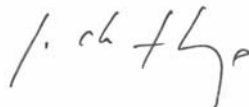
Ce rapport servira à toutes celles et tous ceux qui veulent disposer d'informations sur les systèmes de prise en charge des personnes âgées des trois versants de l'espace territorial WLL, mais également à ceux qui envisagent de développer des projets de coopération transfrontalière dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

D'autres actions plus concrètes poursuivront la démarche entamée. Elles seront conduites durant la seconde phase du projet Luxlorsan (LLS II) et si possible au-delà.

Mais cette dynamique n'aurait pu voir le jour sans le programme européen Interreg III qui fédère des énergies, offre des moyens et permet le développement d'initiatives ainsi que sans les instances régionales de chaque versant frontalier qui évaluent, soutiennent et encouragent les opérateurs. Que chaque organisme et autorité concernés soient remerciés pour son action.

Arlon, le 24 octobre 2005

Pour le GEIE Luxlorsan "LLS"



Jean-Charles Dehaye  
Président du GEIE Luxlorsan "LLS"  
Directeur de la CRAM NE

## TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>6</b>
<b>1. LES INITIATIVES DE LA COMMISSION EUROPÉENNE ET LES ENJEUX.....</b>	<b>6</b>
<b>2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA ZONE LLS À LA LUMIÈRE DES OBJECTIFS COMMUNAUTAIRES.....</b>	<b>7</b>
<b>CHAPITRE 1 : ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES.....</b>	<b>9</b>
<i>Tableau 4 : Les espérance de vie dans la zone Interreg .....</i>	<i>11</i>
<b>CHAPITRE 2 : LES PRISES EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES.....</b>	<b>12</b>
<b>1. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE FRANCOPHONE ...</b>	<b>12</b>
1.1. LES ALLOCATIONS AUX PERSONNES ÂGÉES .....	12
1.1.1. <i>Bref historique .....</i>	<i>12</i>
1.1.2. <i>La Garantie de Revenus aux Personnes Agées (GRAPA).....</i>	<i>12</i>
1.1.3. <i>L'Allocation pour Personnes Agées (APA) .....</i>	<i>13</i>
1.1.4. <i>Tableau synthétique .....</i>	<i>14</i>
1.1.5. <i>Autres mesures.....</i>	<i>14</i>
1.2. LES STRUCTURES ŒUVRANT AU MAINTIEN À DOMICILE, LES STRUCTURES D'ACCUEIL AMBULATOIRE ET D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES.....	15
1.2.1. <i>La répartition des compétences .....</i>	<i>17</i>
1.2.2. <i>Les aides au maintien à domicile.....</i>	<i>18</i>
1.2.3. <i>L'accueil ambulatoire .....</i>	<i>29</i>
1.2.4. <i>L'accueil résidentiel temporaire et permanent.....</i>	<i>35</i>
1.2.5. <i>Les services hospitaliers .....</i>	<i>50</i>
1.2.6. <i>Tableau synthétique : Normes et offre de structures (semi-)résidentielles en province de Luxembourg .....</i>	<i>52</i>
<b>2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE.....</b>	<b>53</b>
2.1. LES ALLOCATIONS ACCORDÉES AUX PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE.....	54
2.1.1. <i>Répartition des compétences.....</i>	<i>54</i>
2.1.2. <i>Le minimum vieillesse .....</i>	<i>55</i>
2.1.3. <i>L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).....</i>	<i>58</i>
2.2. LES PRESTATIONS SOCIALES .....	63
2.3. LES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET LES STRUCTURES ŒUVRANT AU MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES .....	65
2.3.1. <i>Les structures œuvrant à domicile prises en charge par l'assurance maladie.....</i>	<i>66</i>
2.3.2. <i>Les alternatives à l'hébergement permanent.....</i>	<i>68</i>
2.3.3. <i>Les structures d'hébergement pour personnes âgées.....</i>	<i>71</i>
2.3.4. <i>Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes .....</i>	<i>74</i>
2.4. LE DISPOSITIF DE COORDINATION ET LES RÉSEAUX GÉRONTOLOGIQUES.....	80
2.4.1. <i>Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).....</i>	<i>80</i>
2.4.2. <i>Le réseau gérontologique .....</i>	<i>81</i>
2.5. LES TABLEAUX RÉCAPITULATIFS .....	81
<b>3. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES AU LUXEMBOURG .....</b>	<b>84</b>
3.1. BREF HISTORIQUE DE LA « STRATÉGIE 'PERSONNES ÂGÉES' » .....	84
3.2. DESCRIPTIF DES ALLOCATIONS DESTINÉES AUX PERSONNES ÂGÉES .....	85
3.2.1. <i>L'assurance dépendance (AD).....</i>	<i>85</i>
3.2.2. <i>Allocation de soins.....</i>	<i>87</i>
3.2.3. <i>Le Revenu Minimum Garanti (RMG).....</i>	<i>87</i>
3.2.4. <i>Complément Accueil Gérontologique (CAG).....</i>	<i>88</i>
3.2.5. <i>Allocation compensatoire de vie chère .....</i>	<i>90</i>
3.2.6. <i>Forfait éducation .....</i>	<i>90</i>
3.3. L'ASSURANCE DÉPENDANCE À DOMICILE OU EN ÉTABLISSEMENT .....	93
3.3.1. <i>Conditions d'accès.....</i>	<i>93</i>

3.3.2. <i>Evaluation de la dépendance, réévaluation et décision</i> .....	94
3.3.3. <i>Prestations</i> .....	95
3.4. LES ORGANISMES ŒUVRANT DANS LE MAINTIEN À DOMICILE ET L'HÉBERGEMENT DES PERSONNES ÂGÉES .....	96
3.4.1. <i>Agrément</i> .....	96
3.4.2. <i>Personnel</i> .....	97
3.5. LE MAINTIEN À DOMICILE .....	98
3.5.1. <i>Les réseaux</i> .....	98
3.5.2. <i>Les Centres psycho-gériatriques (CPG)</i> .....	103
3.6. L'ACCUEIL RÉSIDENTIEL PERMANENT (OU TEMPORAIRE) .....	105
3.6.1. <i>Conditions générales</i> .....	106
3.6.2. <i>Spécificités des institutions</i> .....	108
3.6.3. <i>Conclusions</i> .....	111
3.7. LES SERVICES HOSPITALIERS ET D'AUTRES TYPES DE SOINS .....	113
3.7.1. <i>Soins aigus et soins de rééducation gériatriques</i> .....	113
3.7.2. <i>Soins palliatifs</i> .....	114
3.8. CONCLUSION GÉNÉRALE .....	116
<b>4. SYNTHÈSE</b> .....	<b>117</b>
4.1. ALLOCATIONS, ASSURANCES ET AIDES SOCIALES .....	117
4.1.1. <i>Dispositifs relevant d'une politique de revenu</i> .....	117
4.1.2. <i>Dispositifs en cas de dépendance</i> .....	117
4.2. STRUCTURES ŒUVRANT AU MAINTIEN À DOMICILE, D'ACCUEIL AMBULATOIRE ET D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES .....	118
4.2.1. <i>Les structures de maintien à domicile</i> .....	119
4.2.2. <i>Les structures d'accueil ambulatoire</i> .....	119
4.2.3. <i>Les structures d'hébergement temporaire et permanent</i> .....	120
<b>CHAPITRE 3 : MOBILITÉ TRANSFRONTALIÈRE</b> .....	<b>123</b>
<b>1. CADRE LÉGAL</b> .....	<b>123</b>
1.1. CONDITIONS D'ACCÈS AUX TERRITOIRES ET DE SÉJOUR .....	123
1.1.1. <i>En Belgique</i> .....	124
1.1.2. <i>En France</i> .....	124
1.1.3. <i>Au Luxembourg</i> .....	125
1.2. EXPORTABILITÉ DES ALLOCATIONS / ASSURANCES .....	126
1.2.1. <i>Allocations belges</i> .....	126
1.2.2. <i>Les allocations françaises</i> .....	127
1.2.3. <i>L'assurance luxembourgeoise</i> .....	127
1.2.4. <i>Les arrêts de la CJCE</i> .....	128
1.3. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ .....	130
1.3.1. <i>Les droits et procédures</i> .....	130
<b>2. LES FLUX TRANSFRONTALIERS DANS LA ZONE LLS</b> .....	<b>133</b>
2.1. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE .....	133
2.2. PROFIL DES INSTITUTIONS D'ACCUEIL ET D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES .....	133
2.2.1. <i>Types de prise en charge</i> .....	135
2.2.2. <i>Tarifs d'hébergement</i> .....	135
2.2. FLUX TRANSFRONTALIERS ET PROFIL DES RÉSIDENTS .....	136
<b>CONCLUSIONS</b> .....	<b>139</b>
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>141</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>144</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>150</b>

## Introduction

### 1. Les initiatives de la Commission européenne et les enjeux

L'Union européenne s'est fixé comme objectif, dans le cadre de la stratégie de Lisbonne, de soutenir l'initiative de la Commission européenne (1999<sup>1</sup>) prônant le développement "d'une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale"<sup>2</sup>.

C'est en fonction de cette orientation politique que le Conseil européen a multiplié les initiatives visant à ce que les services de santé puissent (continuer à) offrir des *services de qualité*.

En juin 2001, le Conseil de Göteborg a demandé un rapport préliminaire sur les orientations à adopter dans le domaine des *soins de santé et des soins pour personnes âgées*, sur base de trois objectifs majeurs :

- l'accès aux services de soins de santé pour tous, indépendamment des revenus et de la richesse ;
- un niveau élevé de qualité des soins ;
- la viabilité financière des systèmes de santé.

Dans le prolongement du sommet de Barcelone (mars 2002), la Commission a été invitée à effectuer une enquête auprès des Etats membres afin de dresser un état des lieux sur les soins de longue durée. Les résultats ont été publiés, en mars 2003, dans le Rapport intitulé "*Soins de santé et soins pour les personnes âgées : soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale*".

Il semble manifeste que la demande future des soins de longue durée augmentera en raison notamment des facteurs sociétaux suivants :

- l'emploi accru des femmes ;
- la mobilité accrue des salariés ;
- la proportion croissante des personnes âgées par rapport à celles en âge de travailler.

Les tendances démographiques paraissent par contre constituer un défi moindre. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie ne semble pas aller de pair avec un état de morbidité aggravé du quatrième âge. Depuis plusieurs années, on constate même une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. Autrement dit, les besoins de soins de longue durée semblent aujourd'hui simplement différés et non forcément accrus.

Sur le plan de l'emploi, les besoins futurs de soins de longue durée constituent à la fois une source et un défi. En effet, les soins de longue durée forment une niche intéressante pour le personnel tant qualifié que non qualifié, mais celui-ci semble déjà se tarir dans plusieurs Etats membres.

Ce secteur, amené indiscutablement à se développer dans les années à venir, sera placé sous le feu des projecteurs compte tenu de l'évolution démographique de nos sociétés. Il sera soumis au screening de la méthode ouverte de coordination et au monitoring des finances publiques, dans la perspective d'assurer la viabilité à long terme du financement des dépenses de santé. Mais sera-t-il aussi contraint de respecter les règles du marché intérieur, comme toute entreprise économique ? Fort probablement, même si ce secteur rentre logiquement dans le cadre des « services sociaux d'intérêt général ». Pour l'heure, les règles ne sont pas clairement établies. Cet état d'incertitude ne favorise pas l'adoption de dispositifs nécessaires à la régulation de ce

<sup>1</sup> Communication de la Commission des Communautés Européennes 347 (final) 1999.

<sup>2</sup> Conseil européen de Lisbonne en mars 2000.

champ d'activités sanitaires et sociales en expansion au sein duquel nos aînés doivent évoluer dans leur parcours de fin de vie.

Mais, comme la santé et la sécurité sociale relèvent de la compétence des Etats, c'est à eux qu'incombe la responsabilité de la gestion de ce secteur, de son dynamisme et de l'humanité dont il doit être porteur.

## 2. La prise en charge des personnes âgées dans la zone LLS à la lumière des objectifs communautaires

La zone Interreg Luxlorsan, à savoir la province de Luxembourg, le Grand-Duché de Luxembourg et les départements frontaliers lorrains, compte plus de 2,5 millions d'habitants dont près de 20 % ont plus de 60 ans.

Les services et structures de soins destinés aux personnes âgées sont décrits dans le présent rapport en tenant compte des préoccupations de l'U.E. en la matière (accessibilité, qualité, viabilité financière).

En dépit de leurs divergences, les systèmes de santé des pays européens partagent les principes de solidarité, d'équité et d'universalité. Dès lors, pour favoriser l'**accessibilité financière** des services pour personnes âgées, les trois pays concernés ont introduit les mécanismes d'aides financières détaillés dans ce rapport, à savoir une assurance dépendance couvrant les "soins de longue durée" au Luxembourg et des aides sociales aux personnes âgées dépendantes en France et en Belgique. Néanmoins, face à la hausse des coûts dans le domaine de la santé, les Etats membres ont tendance à contrôler/limiter les dépenses publiques de santé en accroissant la part des coûts à charge des patients et en augmentant la part des soins à domicile.

Bien qu'il soit difficile de distinguer les dépenses de santé traditionnelles de celles liées aux soins de longue durée, le vieillissement démographique aura un impact sur les **dépenses de santé**. Le comité de politique économique de l'Union européenne estime que les dépenses publiques de santé devraient, entre 2000 et 2050, augmenter entre 1,7 % à 3,2 % du PIB. Parallèlement, le coût des soins de santé de longue durée devrait doubler en termes de PIB<sup>3</sup>. Cependant, certains considèrent qu'il ne faut pas surestimer l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé car ce secteur sera confronté à d'autres défis.

Pour étudier l'**accessibilité géographique** des services dans la zone LLS, nous avons recensé l'offre des services de maintien à domicile et des structures d'hébergement et de soins pour personnes âgées dans la zone Luxlorsan. Parallèlement, nous nous sommes intéressés aux normes de personnel en vigueur dans les trois pays car l'offre de soins est tributaire de la main d'œuvre disponible. L'offre de soins de longue durée dépend également du rôle traditionnel de la famille, du concept de la prise en charge (orientation vers une institution ou maintien à domicile) et des dotations budgétaires consenties.

Le **contrôle de la qualité** des soins de longue durée des trois pays LLS se fait sur base de normes (architecturales, fonctionnelles, de personnel ...) établies par chaque autorité publique nationale ou régionale compétente. Elles sont exposées et comparées dans le présent rapport. La plupart des Etats membres déplorent par contre un manque de normes de qualité pour les services de soins à domicile. Toutefois, certaines mesures sont prises pour professionnaliser le secteur. Qui plus est, diverses initiatives visent à créer des réseaux de prestataires autour du patient à domicile.

---

<sup>3</sup> AIM, Flash Extra, *Bulletin de l'AIM - Edition spéciale*, Octobre 2004.

Le présent rapport décrit tout d'abord l'évolution démographique de la zone LLS. Les trois sections suivantes présentent les systèmes de prise en charge des personnes âgées dans les trois pays c'est-à-dire les allocations/assurances sociales octroyées aux personnes âgées, les structures œuvrant au maintien à domicile et les institutions d'hébergement (et de soins). Pour chaque service, nous décrivons le cadre légal (définition, normes d'agrément, programmation), le financement, les coûts à charge de l'utilisateur et l'offre de services dans les versants Interreg. Le chapitre 3 est consacré aux possibilités d'exporter les allocations/assurances vers d'autres États membres et présente ensuite les résultats de l'enquête relative à la mobilité des personnes âgées vers des structures d'hébergement situées de l'autre côté de la frontière.

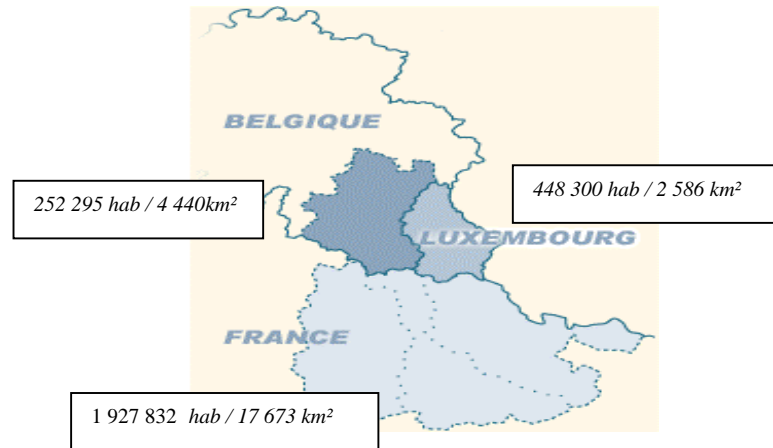
Au cours des 4<sup>ème</sup> trimestre 2004 et 1<sup>er</sup> trimestre 2005, un questionnaire visant à quantifier les flux de personnes âgées vers des structures d'hébergement situées de l'autre côté de la frontière a été rédigé et envoyé aux directeurs des établissements de la zone LLS. Cette enquête a également permis de récolter un certain nombre d'informations relatives au profil des institutions et des personnes qui y sont hébergées. Le taux de réponse de cette enquête s'élève à 75 %. Après avoir quantifié ces flux, nous avons mené des entretiens avec des responsables d'établissement accueillant des assurés sociaux communautaires (UE) et des personnes âgées communautaires disposant d'une assurance privée.



## Chapitre 1 : Aspects démographiques

En 2003, les 2 628 427 habitants résidant dans la zone Luxlorsan se répartissent inégalement entre les trois versants : les Français concernés (1 927 832 habitants) sont presque huit fois plus nombreux que les habitants de la province de Luxembourg (252 295 habitants) et plus de quatre fois plus nombreux que les Luxembourgeois (448 300 habitants).

**Carte 1 : Volumes de population et superficies (2003)**



En 2003, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans représente 13 % de la population de la zone Luxlorsan. La part des plus de 75 ans est de 6,7 %.

Le vieillissement de la population (> 75 ans) est moins marqué au Luxembourg. Cette situation s'explique par le fait que les nombreux étrangers qui arrivent au Luxembourg durant leur parcours professionnel quittent le pays au moment de la retraite. Ainsi, la part des étrangers diminue fortement parmi les plus de 60 ans : alors que globalement, ils représentent 37 % de la population luxembourgeoise, ils ne sont que 17,5 % à avoir plus de 60 ans.

D'autre part, étant donné que ces personnes âgées, essentiellement Luxembourgeoises, en quittant la vie active pratiquent de moins en moins le français (langue du marché de l'emploi), les services d'aide et de soins pour personnes âgées requièrent une connaissance du luxembourgeois pour leur personnel (règlement grand-ducal du 16 décembre 1999).

A partir de 1982, la population lorraine a commencé à vieillir plus rapidement que celles des autres régions avec toutefois des disparités importantes entre les départements ruraux et urbains de la région : la Meuse connaît ainsi un vieillissement plus marqué que la Moselle et la Meurthe-et-Moselle. Globalement, et malgré cette tendance au vieillissement de la population lorraine, celle-ci reste encore relativement jeune. En effet, la proportion des âgés dans la région est moins importante qu'au niveau national : les 60-74 ans et les plus de 75 ans représentent respectivement 13 et 7,6 %.

La population de la province de Luxembourg est également plus jeune qu'au niveau national : la proportion nationale des 60-74 ans est de 14 % et celle des plus de 75 ans est de 7,7 %. Ceci

s'explique principalement par l'arrivée de nouveaux résidents actifs et un taux de fécondité plus important en province de Luxembourg<sup>4</sup> qu'en Belgique<sup>5</sup>.

**Tableau 1 : Part des personnes âgées (2003)**

2003	ZIL		F	ZIF		B	ZIB		ZI totale	
	N	%	%	N	%	%	N	%	N	%
Population totale	448 300	100	100	1 937 832	100	100	252 295	100	2.638.427	100
60-74 ans	56 837	12,7	13	254 331	13,1	14	32 609	12,9	343.777	13,0
≥ 75 ans	26 821	6,0	7,6	131 586	6,8	7,7	18 539	7,3	176.946	6,7

Source : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE ; France : INSEE ; Luxembourg : Statec

Sous l'effet constant de l'allongement de la vie<sup>6</sup> et de la diminution progressive de la fécondité de la population<sup>7</sup>, le nombre de personnes âgées et leur proportion dans la population progressent continuellement. Les trois versants enregistrent une augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans au cours de la dernière décennie (+ 6,4 % dans le versant belge, + 12,62 % dans le versant français et + 13,7 % dans le versant luxembourgeois) alors que la proportion des moins de 20 ans diminue en Lorraine entre 1991 et 2001 et croît faiblement en province de Luxembourg. Cette évolution s'explique aussi par le fait qu'en 1991 les personnes de 60 ans et plus « appartenaient à une génération fortement affectée par les pertes humaines de la seconde guerre mondiale »<sup>8</sup>.

Si globalement le vieillissement est moins marqué au Luxembourg, la part des 60-74 ans y augmente de 15 % entre 1991 et 2001, contre 13,2 % et 2,3 % dans les versants français et belge.

**Tableau 2 : Evolution de la population de la zone Interreg par classes d'âges**

	ZIB			ZIF			ZIL		
	1991	2001	Evol. %	1991	2001	Evol. %	1991	2001	Evol. %
< 20 ans	63.948	66.984	+ 4,7	548.399	498.264	-9,1	87.861	107.930	+ 22,8
20-59 ans	120.480	130.366	+ 8,2	1.037.756	1.051.002	+ 1,3	225.084	250.098	+ 10,9
60-74 ans	33.036	33.800	+ 2,3	230.841	261.408	+ 13,2	49.158	56.491	+ 15,0
> 75 ans	15.276	17.600	+ 15,2	102.653	122.191	+ 19,0	22.531	25.020	+ 10,4
Total	232.740	248.750	+ 6,9	1.919.649	1.932.865	+ 0,7	384.634	439.539	+ 14,1
< 20 ans / > 60 ans	1,3	1,3	+ 0	1,6	1,3	- 0,6	1,2	1,3	+ 0,1
< 20 ans / > 75 ans	4,2	3,8	- 9,1	5,3	4,1	- 23,7	3,9	4,3	+ 10,6

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE ; France : INSEE ; Luxembourg : Statec

Notons qu'en 2001 la proportion des jeunes par rapport aux plus de 60 ans est identique dans les trois versants (1,3). Entre 1991 et 2001, le versant lorrain accuse un vieillissement plus marqué : 1,6 jeunes/personne âgée de plus de 60 ans en 1991 contre 1,3 en 2001. La proportion de jeunes par rapport aux plus de 75 ans marque davantage les disparités entre les versants de la zone Luxlorsan. En 2001, le Luxembourg enregistre 4,3 jeunes/personne âgée de plus de 75 ans,

<sup>4</sup> Pour plus de détails, Cf. GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, p.9.

<sup>5</sup> Taux brut de natalité : 13,2 % en province de Luxembourg contre 11,4 % en Belgique ; Taux global de fécondité : 53,55 naissances / 1000 femmes en province de Luxembourg contre 45,11 en Belgique. Cf. GEIE Luxlorsan, Op. cit., p.13.

<sup>6</sup> En Belgique, « l'espérance de vie à la naissance a crû régulièrement, en moyenne, au rythme d'un trimestre tous les ans, tant pour les filles que pour les garçons », in H. AVALOSSE, *Vieillesse, soins de santé et mortalité*, in *MC-Informations*, n°213, Bruxelles, Juin 2004, p.21.

<sup>7</sup> L'indicateur conjoncturel de fécondité des trois pays Luxlorsan est inférieur au seuil de renouvellement de la population (2,1 enfants / femme).

<sup>8</sup> S. COUNOT, *La Meuse : vieillissement confirmé*, in *Economie Lorraine*, n°201, Octobre 2000, p.4.

contre 4,1 en France et 3,8 en Belgique. Ces derniers chiffres sont, contrairement au Luxembourg, en chute entre 1991 et 2001.

L'espérance de vie des trois pays est proche. La Belgique se situe en dernière position, tant pour les hommes que pour les femmes. Le nombre moyen d'années perdues en bonne santé à la naissance est plus élevé en France et ce, pour les deux sexes.

**Tableau 3 : Espérances de vie - Niveaux nationaux (2004)**

PAYS	Populatio n totale	Hommes 2002		Femmes 2002		Années perdues en bonne santé à la naissance		% de l'espérance totale perdue	
	A la naissance	A la naissance	A 60 ans	A la naissance	A 60 ans	H	F	H	F
Belgique	71.1	68.9	15.7	73.3	19.1	6.3	8.2	8.3	10.1
France	72.0	69.3	16.5	74.7	20.3	6.6	8.8	8.7	10.6
Luxembourg	71.5	69.3	16.0	73.7	19.2	6.4	8.0	8.4	9.8

Source : <http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/61.html>

Les espérances de vie nationales et régionales des trois pays sont proches. Pour les femmes, l'espérance de vie au niveau régional est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Si au niveau national la Belgique enregistre l'espérance de vie masculine la plus élevée, celle-ci chute en dernière position au niveau des zones Interreg.

**Tableau 4 : Les espérance de vie dans la zone Interreg**

	Belgique	ZIB	France	Moselle	M&M	Meuse	ZIF	ZIL
<b>Espérance de vie Femmes</b>	<b>81,4</b>	81,9	<b>80,8</b>	81,1	82,1	81,9	<b>81,7</b>	<b>80,6</b>
<b>Espérance de vie Hommes</b>	<b>75</b>	73,2	<b>72,6</b>	74,5	74,5	74,6	<b>74,5</b>	<b>73,8</b>

Sources : Belgique : INS 2000-2002, ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002 ; France : INSEE, 1999 ; Luxembourg : Statec.

Compte tenu de l'écart entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes, la population masculine est globalement plus jeune que la population féminine.

Compte tenu du vieillissement de la population, l'évolution des besoins et la programmation des services et structures destinés aux personnes âgées croissent constamment. Qui plus est, à ces évolutions démographiques se sont en outre joints de profonds changements socioculturels : bien que les aides fournies par l'entourage de la personne âgée qui a besoin de soins de longue durée restent prédominantes, le recours aux professionnels s'accroît, notamment en raison de l'augmentation de l'emploi des femmes.

Ces évolutions ont également un impact sur les dépenses de soins de santé. En effet, une étude des Mutualités chrétiennes<sup>9</sup> montre que :

- Les plus de 80 ans concentrent près de 20,5 % du total des dépenses de soins de santé tandis qu'ils ne représentent que 4,5 % de l'effectif total de leurs membres ;
- Les plus de 65 ans concentrent près de 50,4 % du total des dépenses de soins de santé tandis qu'ils ne représentent que 18,2 % de leurs membres.

<sup>9</sup> H. AVALOSSE, *loc. cit.*, p.23.

## Chapitre 2 : Les prises en charge des personnes âgées

### 1. La prise en charge des personnes âgées en Belgique francophone

#### 1.1. Les allocations aux personnes âgées

##### 1.1.1. Bref historique

En Belgique, les personnes âgées peuvent bénéficier de deux types d'allocations : la Garantie de Revenus aux Personnes Agées (GRAPA) et l'Allocation pour Personnes Agées (APA). Ces allocations relèvent de l'aide sociale c'est-à-dire qu'elles ne sont pas octroyées en contrepartie de cotisations.

Le Revenu Garanti aux Personnes Agées (RGPA)<sup>10</sup> est un régime d'assistance sociale qui octroie, en complément de la pension, une aide financière aux personnes âgées ayant de faibles revenus. Les personnes âgées bénéficiant du RGPA, devenu en 2001 la Garantie de Revenus Aux Personnes Agées (GRAPA)<sup>11</sup>, maintiennent leurs droits sous l'ancienne législation. La GRAPA se distingue du RGPA notamment par le fait que l'allocation est individualisée (Cf. infra).

L'APA, octroyée aux personnes âgées privées d'autonomie, fait partie du régime des allocations pour personnes handicapées. Ce dernier a été entièrement revu par la loi du 27 février 1987<sup>12</sup>. La réforme porte sur les aspects administratifs (conditions d'octroi, calcul des montants ...) et le volet médical (évaluation du handicap).

##### 1.1.2. La Garantie de Revenus aux Personnes Agées (GRAPA)

La Garantie de Revenus aux Personnes Agées (GRAPA), instituée par la loi du 22 mars 2001<sup>13</sup>, remplace le Revenu Garanti des Personnes Agées<sup>14</sup> (RGPA). Cette aide sociale, accordée aux personnes âgées qui ne disposent pas de ressources suffisantes, est à charge de l'Etat et est payée par l'Office National des Pensions (ONP).

Bien que la GRAPA présente de nombreuses similitudes avec le RGPA, plusieurs différences sont à noter :

- la GRAPA est un droit individuel<sup>15</sup> ;
- davantage de personnes en bénéficient ;
- les montants des allocations et des exonérations sont plus élevés.

Pour bénéficier de la GRAPA, la personne âgée d'au moins 65 ans doit être belge ou être ressortissant de l'Union européenne<sup>16</sup> et avoir sa résidence principale en Belgique.

<sup>10</sup> Institué par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1969 (MB : 29/04/1969).

<sup>11</sup> Loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (MB : 29/03/2001).

<sup>12</sup> Pour plus d'information sur l'évolution du régime, cf. Annexe 1.

<sup>13</sup> *Idem*.

<sup>14</sup> Arrêté royal du 29 avril 1969 portant règlement général en matière de revenu garanti aux personnes âgées (MB : 01/05/1969).

<sup>15</sup> Chaque personne du ménage pouvant prétendre à la GRAPA reçoit personnellement son allocation. Mais le montant de celle-ci est toutefois déterminée sur base des ressources de l'ensemble du ménage. Pour plus d'information, cf. [http://www.onprvp.fgov.be/onprvp2004/FR/T/T\\_a/T\\_a\\_b/T\\_a\\_b\\_03.asp](http://www.onprvp.fgov.be/onprvp2004/FR/T/T_a/T_a_b/T_a_b_03.asp).

<sup>16</sup> Sont également concernés les réfugiés, les apatrides, les ressortissants d'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention de réciprocité et les étrangers ayant droit à une pension de retraite ou de survie.

Le montant de la GRAPA est calculé par l'ONP sur base des revenus de la personne âgée. Les montants mensuels maximums de la GRAPA sont, au 1<sup>er</sup> octobre 2004, de 438,29 € pour les cohabitants et de 657,44 € pour les isolés<sup>17</sup>.

En 2003, 73 211 résidents belges ont bénéficié d'une GRAPA dont 1546 résident en province de Luxembourg<sup>18</sup>. Les montants mensuels moyens (en €) reçus par ces personnes sont les suivants :

**Tableau 1 : GRAPA - Montants mensuels moyens (en €)**

	Cohabitants	Isolé	Total
<b>Belgique</b>	95,8	217,1	181,0
<b>Province de Luxembourg</b>	87,8	207,3	177,2

Source : ONP, 2003

Si le RGPA est plus avantageux que la GRAPA, le droit au RGPA est maintenu. En 2003, 27 092 personnes bénéficiaient d'un RGPA dont le montant mensuel moyen s'élevait à 600,05 €

### 1.1.3. L'Allocation pour Personnes Agées (APA)

Les personnes âgées d'au moins 65 ans pour lesquelles un manque d'autonomie ou une autonomie réduite est établie, peuvent bénéficier d'une Allocation pour Personnes Agées. Cette aide sociale, relevant de la compétence de l'Etat fédéral et régie par l'arrêté royal du 5 mars 1990<sup>19</sup>, constitue un complément à la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et à la pension de retraite et de survie.

Outre les conditions d'âge et de dépendance (mesurée à l'aide d'une échelle socio-médicale), le bénéficiaire doit être de nationalité belge ou être ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne<sup>20</sup>, être domicilié en Belgique et y séjourner réellement.

La demande fait l'objet d'un examen administratif et, le cas échéant, d'une expertise médicale par un médecin du service médical du Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique. Le service des allocations de ce Ministère décide de l'octroi et du montant de l'allocation. Celui-ci varie en fonction du degré d'autonomie<sup>21</sup> de la personne âgée et de ses revenus.

Les montants mensuels maximums de l'APA s'élèvent, au 1<sup>er</sup> octobre 2004, à :

**Tableau 2 : APA - Montants mensuels moyens (en €)**

	EUR
- catégorie I	68,45
- catégorie II	261,30
- catégorie III	317,70
- catégorie IV	374,08
- catégorie V	459,50

En 2003, 90 939 personnes ont bénéficié de l'APA (Cf. Annexe 2). Leur allocation mensuelle moyenne est de 294 € (Cf. Annexe 3).

<sup>17</sup> Les personnes admises dans les maisons de repos (MR), les maisons de repos et de soins (MRS) ou les maisons de soins psychiatriques (MSP) sont considérées comme isolées, in [http://www.onprvp.fgov.be/onprvp2004/FR/T/T\\_a/T\\_a\\_a/T\\_a\\_a\\_02.asp](http://www.onprvp.fgov.be/onprvp2004/FR/T/T_a/T_a_a/T_a_a_02.asp)

<sup>18</sup> Soit 4,15 % des plus de 65 ans en Belgique et 3,80 % des plus de 65 ans en Province de Luxembourg.

<sup>19</sup> Arrêté Royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (MB : 05/04/1990).

<sup>20</sup> Sont également concernés les réfugiés et les travailleurs relevant des accords de coopération de l'Union européenne avec l'Algérie, le Maroc, la Tunisie.

<sup>21</sup> Arrêté royal du 25 janvier 2001 modifiant l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (MB : 06/03/2001), art.3.

#### 1.1.4. Tableau synthétique

**Tableau 3 : Allocations pour personnes âgées - Synthèse comparative**

	<b>ALLOCATIONS (cumulables)</b>	
	<b>Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)</b> <small>remplace le RGPA, tout en maintenant les droits acquis</small>	<b>Allocations aux personnes âgées (APA)</b>
<b>Texte législatif</b>	Loi du 22 mars 2001	AR du 5 mars 1990
<b>Type</b>	Aide sociale (en espèces)	Aide sociale (en espèces)
<b>Autorité compétente</b>	Etat fédéral	Etat fédéral
<b>Organisme payeur</b>	ONP	Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique
<b>Conditions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65 ans et +</li> <li>- Ressources insuffisantes</li> <li>- Etre belge ou ressortissant de l'UE</li> <li>- Avoir sa résidence principale en Belgique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65 ans et +</li> <li>- Manque d'autonomie établi</li> <li>- Etre belge ou ressortissant de l'UE</li> <li>- Etre domicilié en Belgique et y séjourner réellement</li> </ul>
<b>Montants mensuels moyens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cohabitants : 95.8 €</li> <li>- Isolé : 217.1 €</li> </ul>	de 68,45 €(catégorie 1) à 459,50 €/ an (catégorie 5)

#### 1.1.5. Autres mesures

Dans le cadre spécifique des soins de longue durée, certaines mesures peuvent encore être citées. Parmi celles-ci, notons l'interruption de carrière pour assistance médicale et la création d'une assurance dépendance en Communauté flamande.

##### 1.1.5.1. Interruption de carrière pour assistance médicale

Selon l'arrêté royal du 21 décembre 1994, le travailleur a droit<sup>22</sup> à une interruption de carrière de 12 mois maximum ou à une réduction de ses prestations de travail durant 24 mois maximum pour assister ou octroyer des soins à un membre de sa famille qui souffre d'une maladie grave<sup>23</sup>. Durant cette période, le travailleur perçoit une allocation à charge de l'assurance chômage. Ceux qui travaillent en Région flamande perçoivent également une allocation supplémentaire à charge de la Région.

##### 1.1.5.2. Création d'une assurance-dépendance en Communauté flamande

L'assurance-dépendance flamande est financée par un fonds spécial alimenté par une dotation du gouvernement flamand et une cotisation de solidarité obligatoire à partir de 26 ans (25 €/an ou 10 €/an pour les personnes ayant droit à l'intervention majorée). Notons que les personnes qui habitent Bruxelles sont libres d'adhérer à cette assurance-dépendance.

Les personnes qui répondent aux critères de dépendance définis peuvent bénéficier d'un montant mensuel de 90 € pour les soins de proximité et les soins à domicile. Si l'utilisateur réside dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou une maison de soins psychiatriques, la prise en charge pour les soins résidentiels s'élève à 125 €/ mois<sup>24</sup>.

En 2004, 87 509 personnes bénéficient de cette assurance.

<sup>22</sup> Si l'employeur occupe moins de 10 travailleurs, l'employé doit préalablement lui demander son accord.

<sup>23</sup> Est considérée comme maladie grave, chaque maladie ou intervention médicale qui est considérée comme telle par le médecin traitant et pour laquelle le médecin est d'avis que toute forme d'assistance sociale, familiale ou mentale est nécessaire pour la convalescence.

<sup>24</sup> Arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins (MB : 20/03/2002), art.31.

En février 2002, la Région wallonne, la Communauté française, la Communauté germanophone ainsi que la Commission communautaire française de la région de Bruxelles capitale ont confié à un consortium universitaire la réalisation d'une étude de faisabilité portant sur l'instauration d'une assurance dépendance.

## **1.2. Les structures œuvrant au maintien à domicile, les structures d'accueil ambulatoire et d'hébergement pour personnes âgées**

En raison de l'évolution des besoins de la population vieillissante, les autorités compétentes augmentent la capacité des services destinés aux personnes âgées. De nombreuses prestations (soins infirmiers à domicile, centres de soins de jour, services de garde ...) sont organisées afin de contribuer au maintien à domicile des personnes âgées. Lorsque ces services ne répondent plus adéquatement à leurs besoins, les personnes moins autonomes sont prises en charge dans des structures résidentielles.

Le développement de ces structures vise également à raccourcir ou à éviter le séjour en hôpital des personnes âgées. C'est en effet dans ce but que la loi du 27 juin 1978<sup>25</sup> instaure l'octroi d'une agrégation spéciale et d'une intervention de l'INAMI à diverses structures œuvrant au maintien à domicile et institutions d'hébergement pour personnes âgées.

En Belgique, le système des soins de santé de première ligne et des soins à domicile est organisé en trois niveaux<sup>26</sup> :

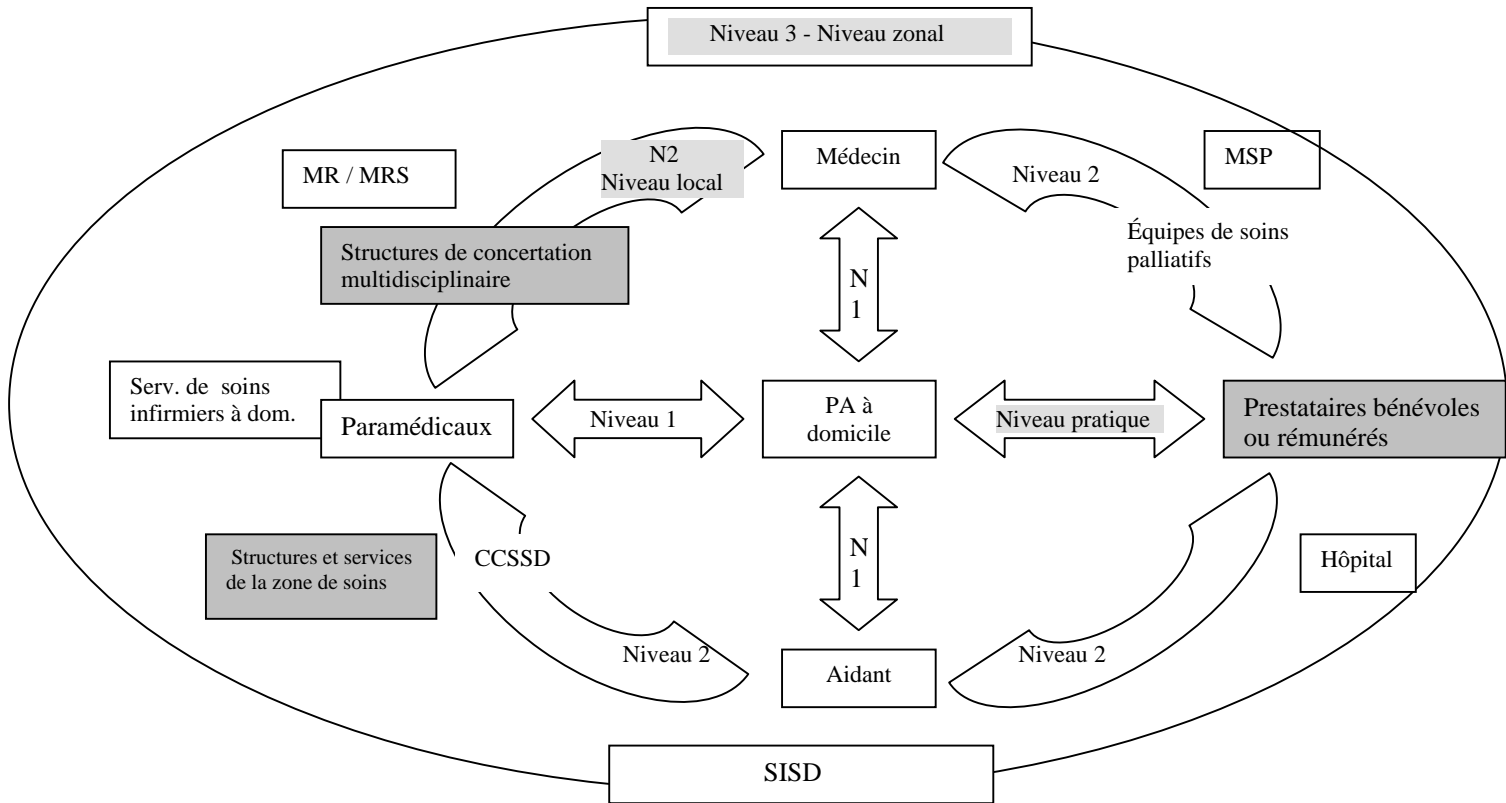
- Le premier niveau (pratique) concerne les contacts entre le patient et les prestataires de soins. C'est le niveau où l'on trouve tous les dispensateurs d'aide ou de soins, qu'ils soient bénévoles ou rémunérés, favorisant le maintien à domicile.
- Le deuxième niveau (local) est défini comme le lieu de la concertation multidisciplinaire, lorsqu'elle s'avère nécessaire, entre les différents acteurs autour du patient (ill. CCSSD).
- Le troisième niveau (zonal) regroupe l'ensemble des acteurs sur une zone géographique définie. Il s'articule avec les différents services et structures existant sur le terrain, y compris avec un ou plusieurs hôpitaux concernés (ill. SISD).

---

<sup>25</sup> Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins. (MB : 12/07/1978), Chapitre II.

<sup>26</sup> Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne (MB : 25/09/2001), point 3.

Schéma : Le système des soins de santé de première ligne et des soins à domicile





### 1.2.1. La répartition des compétences

La protection médico-sociale de la personne âgée est au carrefour de plusieurs chemins : social, sanitaire, familial, politique de la vieillesse et politique de l'emploi. C'est la raison pour laquelle la prise en charge des soins octroyés dans les structures alternatives à l'hospitalisation relèvent de la compétence de plusieurs niveaux de pouvoir : l'Etat fédéral, les entités fédérées (Régions et Communautés) et les collectivités locales (Provinces et Communes) sont compétents en matière de soins de santé et de soins de longue durée pour personnes âgées.

L'**Etat fédéral** est essentiellement chargé de l'assurance de soins de santé : étant donné que les maisons de repos et de soins ne relèvent pas de la loi sur les hôpitaux, « la compétence de l'Etat fédéral se limite à la législation de base, à la fixation des forfaits journaliers à charge de l'assurance obligatoire soins de santé et au contrôle des prix que les institutions de séjour collectif pour personnes âgées peuvent demander à leurs résidents ».<sup>27</sup>

L'Etat fédéral détermine également les normes d'agrément qui peuvent avoir une répercussion sur les autres compétences fédérales en matière de santé (exemple : normes d'hygiène relatives à l'élimination des déchets). Ces normes concernent les conditions de fonctionnement de l'institution de soins c'est-à-dire les normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation.

La Communauté française, responsable des "matières personnalisables", a transféré sa compétence relative à l'aide aux personnes à la Région wallonne<sup>28</sup>. Si « les autorités régionales déterminent, dans une large mesure, la politique à l'égard des personnes âgées »<sup>29</sup>, en matière de structures résidentielles pour personnes âgées, les autorités fédérales conservent un rôle de régulateur important. Dès lors, sans empiéter sur le champ de compétence du niveau fédéral, la **Région wallonne** est responsable de la programmation, des normes d'agrément et du financement des investissements<sup>30</sup> des maisons de repos et de l'agrément et du financement des maisons de repos et de soins. Autrement dit, cette autorité définit et mène une politique de dispensation des soins.

En outre, les Régions et Communautés disposent d'une grande responsabilité dans le domaine de l'aide à domicile.

La **Communauté française** reste compétente en matière de médecine préventive et de promotion de la santé.

Les **Provinces et Communes** jouent également un rôle dans la politique du troisième âge : par l'intermédiaire des Centres Publics d'Aide Sociale (CPAS), les pouvoirs subordonnés assurent l'aide de proximité.

La contribution des provinces à cette politique se fait « sous forme de subventions aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées ou d'organisation de certains services »<sup>31</sup>.

---

<sup>27</sup> LE COMITE DE LA PROTECTION SOCIALE, *Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées*, s.l., Juillet 2002, p.I.

<sup>28</sup> Décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (MB : 10/09/1993).

<sup>29</sup> R. VERNIEST, MRS et MR de A jusque Z 1, in *MC-Informations 188*, Bruxelles, Juin-Juillet 1999, p.2.

<sup>30</sup> Dans les limites du cadre général, la Région wallonne est compétente pour les priorités et les décisions individuelles en matière d'investissement c'est-à-dire les subsides à la construction, à la transformation et à l'équipement.

<sup>31</sup> LE COMITE DE LA PROTECTION SOCIALE, *Op. cit.*, p.II.

### 1.2.2. Les aides au maintien à domicile<sup>32</sup>

« Etant donné le souhait de la personne âgée de rester le plus longtemps possible dans son environnement familial, l'accent a été de plus en plus mis, ces dernières années, sur le développement quantitatif et qualitatif de structures extra-muros et semi-résidentielles telles que les soins à domicile, les centres de soins de jour, les services de garde, les centres de services, les résidences-services et les courts séjours »<sup>33</sup>.

Pour traiter de la problématique du maintien à domicile, nous nous sommes intéressés à la coordination des intervenants à domicile (niveaux zonal et local) et aux services mis à la disposition des personnes âgées (niveau pratique). Environ 70 % de l'activité de ces services sont consacrés à la prise en charge des personnes de plus de 60 ans<sup>34</sup>.

#### 1.2.2.1. Le service intégré de soins à domicile (SISD)

##### 1.2.2.1.1. Cadre légal

###### 1.2.2.1.1.1. Définition

Le service intégré de soins à domicile, créé par l'arrêté royal du 8 juillet 2002, est « l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients (...) qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines »<sup>35</sup>.

Pour ce faire, le service intégré de soins à domicile veille<sup>36</sup> :

- au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire que du patient ;
- à la collaboration entre ses membres (organisation de réunions d'information, appui technique et administratif ...) ;
- à l'organisation pratique et au soutien des prestataires de soins exerçant à domicile et ce notamment en ce qui concerne :
  - l'évaluation de l'autonomie du patient ;
  - l'élaboration et le suivi d'un plan de soins ;
  - la répartition des tâches entre les prestataires de soins ;
  - la concertation pluridisciplinaire.

Dans le cadre de l'exécution de ses missions, le SISD collabore de manière intensive avec les institutions de soins de santé établies dans la zone de soins<sup>37</sup>.

###### 1.2.2.1.1.2. Agrément et normes de personnel

Pour être agréé, le SISD doit couvrir une zone de soins déterminée<sup>38</sup> et être au moins composé de représentants<sup>39</sup> :

- de médecins généralistes exerçant principalement dans la zone ;
- des infirmiers et accoucheuses exerçant principalement dans la zone ;

<sup>32</sup> J. PACOLET, H. LANOYE, R. BOUTEN, « *La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Belgique : vers une assurance dépendance* », Hoger Instituut voor de arbeid – K.U.L., 1998, pp. 38 et ssv.

<sup>33</sup> R. VERNIEST, *loc. cit.*, p.1.

<sup>34</sup> Estimation ASD-Luxembourg

<sup>35</sup> Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés à domicile (MB : 05/10/2002), art.1.

<sup>36</sup> *Ibidem.*, art.9.

<sup>37</sup> *Ibidem.*, art.11.

<sup>38</sup> Composée d'une ou de plusieurs communes - ou une partie d'une commune dans les grandes agglomération d'Anvers, Charleroi, Gand et Liège, Arrêté royal du 8 juillet 2002, *Op. cit.*, art.1.

<sup>39</sup> Arrêté royal du 8 juillet 2002, *Op. cit.*, art.7.

- des types de structures de coordination agréées et actives dans la zone.

#### 1.2.2.1.2. Financement

Le SISD établit, par organisme assureur, une facture mensuelle de ses activités. Pour ce faire, le SISD reçoit 12,5 €/ patient. Sur base de ces factures, les mutuelles octroient aux dispensateurs de soins une intervention forfaitaire annuelle de 40 ou 30 € selon que la concertation multidisciplinaire ait eu lieu ou non au domicile du patient.

Par ailleurs, les quatre SISD-pilotes (Tournai, Mons, Charleroi, Liège) reçoivent une subvention de la Région wallonne.

En 2004, un projet d'arrêté fixant le montant du subside qui devrait être accordé aux services intégrés de soins à domicile agréés a été rédigé. Le montant prévu de ce subside fédéral est de 0,19 €/ an / habitant de la zone de soins.

#### 1.2.2.1.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

Le nombre de SISD est limité à 1 service / 70.000 habitants par région linguistique<sup>40</sup>.

La province de Luxembourg est composée de deux zones de soins de SISD : l'une au Nord (zone 12)<sup>41</sup>, l'autre au Sud (zone 13)<sup>42</sup>, soit en moyenne 1/127 060 habitants.

### 1.2.2.2. Les centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD)

#### 1.2.2.2.1. Cadre légal

##### 1.2.2.2.1.1. Définition

Selon le décret de la Communauté française du 19 juin 1989, les centres de coordination de soins et de services à domicile sont « [d]es personnes de droit public ou [d]es associations sans but lucratif qui ont pour objet de coordonner des soins et services à domicile dispensés aux personnes privées d'autonomie »<sup>43</sup>.

Les CCSSD ont pour mission d'assurer une coordination entre :

- trois services de base : soins infirmiers, service social agréé et service d'aide aux familles et aux personnes âgées ;
- au moins quatre autres services comme la kinésithérapie, l'ergothérapie, la logopédie, la biotélévigilance, la livraison de repas ... ;
- des représentants de cercles de médecins généralistes.

La fonction de coordination des services consiste à effectuer l'analyse du besoin formulé et à aiguiller la demande vers les services adéquats avec lesquels des conventions sont établies. Le CCSSD assure un service de garde garantissant la continuité des soins.

<sup>40</sup> Arrêté ministériel du 17 juillet 2002 fixant les critères de programmation des services intégrés de soins à domicile (MB : 18/09/2002), art.1.

<sup>41</sup> Bastogne, Bertogne, Bertrix, Bouillon, Dardevisse, Durbuy, Erezée, Fauvillers, Gouvy, Herbeumont, Hotton, Houffalize, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Libin, Libramont-Chevigny, Manhay, Marche-en-Famenne, Nassogne, Neufchâteau, Paliseul, Rendeux, Saint-Ode, Saint-Hubert, Tellin, Tenneville, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Wellin, in Arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2003 relatif à l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des services intégrés de soins à domicile (MB : 11/03/2004), Annexe 1.

<sup>42</sup> Arlon, Attert, Aubange, Chiny, Etalle, Florenville, Habay, Martelange, Meix-devant-Virton, Messancy, Musson, Rouvroy, Saint-Léger, Tintigny, Virton, in *Idem*.

<sup>43</sup> Décret du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile (MB 04/08/89), art.1.

Notons que le SISD peut intervenir au deuxième niveau (local) de manière résiduaire c'est-à-dire là où il n'y a pas de centre de coordination de soins et de services à domicile ou si le bénéficiaire demande son intervention en lieu et place de celle d'un centre de coordination<sup>44</sup>.

#### 1.2.2.2.1.2. Agrément

Pour être agréés, les CCSSD doivent<sup>45</sup>, outre la coordination minimum exposée ci-dessus, :

- tenir à jour une fiche de coordination pour chaque personne prise en charge ;
- recueillir les données statistiques nécessaires à l'évaluation des besoins, de l'offre et de la demande et à l'élaboration de critères de qualité en matière de soins et services à domicile ;
- ...

Notons qu'aucune législation n'impose de normes de personnel au CCSSD.

#### 1.2.2.2.2. Financement

Selon le décret du 19 juin 1989, les centres de coordination agréés reçoivent, dans les limites des crédits budgétaires disponibles, des subventions allouées en fonction du type de coordination réalisée, du nombre d'intervenants coordonnés, du territoire couvert et de la taille de la population desservie<sup>46</sup>.

#### 1.2.2.2.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

Selon le décret du 19 juin 1989, l'Exécutif de la Communauté française impose, dans les limites des moyens budgétaires disponibles et selon des critères généraux qu'il détermine, une programmation relative au nombre de centres de coordination à agréer<sup>47</sup>. Toutefois, aucun arrêté n'a vu le jour. Néanmoins, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, « l'octroi de nouveaux agréments aux centres de coordination de soins et services à domicile est suspendu »<sup>48</sup>.

En 2005, il existe 51 centres de coordination de soins et services à domicile en Région wallonne, dont deux sont situés en province de Luxembourg : les "Aides et Soins à domicile (A.S.D) - Luxembourg"<sup>49</sup> et la "Centrale de Services à Domicile (C.S.D) au Luxembourg"<sup>50</sup>.

### 1.2.2.3. L'association en matière de soins palliatifs et soins palliatifs à domicile

#### 1.2.2.3.1. Cadre légal

##### 1.2.2.3.1.1. Définition

De plus en plus de patients en phase terminale choisissent de mourir dans un milieu familial, accompagnés d'une équipe multidisciplinaire. Les équipes de soins palliatifs à domicile ne remplacent pas le médecin, l'infirmière ou le kinésithérapeute auxquels les patients sont habitués mais assurent la coordination des soins palliatifs, l'encadrement des soins professionnels à domicile existants ainsi que la bonne transition entre les soins à domicile et les soins en institution.

---

<sup>44</sup> Circulaire de la Région wallonne du 22 avril 2004 (MB : 30/04/2004), art. M1.

<sup>45</sup> Décret du 19 juin 1989, *Op. cit.*, art.1.

<sup>46</sup> *Ibidem*, art.11.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> Décret du 18 décembre 2003 contenant le budget général des dépenses de la Région wallonne pour l'année budgétaire 2004 (MB : 22/04/2004), art. 40.

<sup>49</sup> Centres localisés à Arlon, Etalle, Libramont et Marche.

<sup>50</sup> Centres localisés à Saint-Hubert.

Les missions essentielles des équipes sont :

- organiser une concertation avec les prestataires sur tous les aspects des soins palliatifs ;
- organiser et coordonner les soins palliatifs pour le patient en dehors du milieu hospitalier ;
- apporter un soutien psychologique et moral aux intervenants et bénévoles ;
- assurer, en concertation avec les prestataires, certains aspects des soins palliatifs ;
- soutenir l'association de soins palliatifs dont l'équipe fait partie.

Par ailleurs, les équipes peuvent également se charger :

- de la formation et de l'accompagnement des bénévoles ;
- de fournir de l'information.

Les associations en matière de soins palliatifs ont pour mission de favoriser le développement des activités suivantes<sup>51</sup> :

- l'information et la sensibilisation de la population ;
- la mise à jour des connaissances en matière de soins palliatifs des médecins, des infirmiers et des paramédicaux ;
- la coordination entre les diverses actions menées ;
- une fonction consultative et un soutien logistique pour assurer l'efficacité des actions ainsi que l'accompagnement des patients ;
- l'évaluation périodique des services rendus, l'estimation des besoins à couvrir et l'examen des différentes formes de réponse à y apporter ;
- la formation du bénévolat en matière de soins palliatifs.

#### 1.2.2.3.1.2. Agrément et normes de personnel

L'association doit disposer d'une infrastructure et d'un équipement suffisant pour l'accueil, l'administration et les réunions. En matière de personnel, elle doit respecter les normes suivantes<sup>52</sup> :

- Coordinateur : minimum 1ETP ;
- Psychologue clinicien : 0,5 ETP / 300 000 habitants ;
- Une équipe de soutien répondant aux conditions suivantes :
  - Infirmiers, avec expérience/formation en matière de soins palliatifs : 2 ETP ;
  - Médecin généraliste, avec expérience/formation en matière de soins palliatifs : 4h/semaine ;
  - Employé administratif : 0,5 ETP.

#### 1.2.2.3.2. Financement et participation financière de l'utilisateur

Les associations en matière de soins palliatifs agréées reçoivent du Ministère de la Santé publique des subsides relatifs à la fonction de coordination et du psychologue clinicien<sup>53</sup>.

Une intervention forfaitaire de 483,39 € est accordée aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé obligatoire qui sont reconnus, après avis du médecin-conseil, comme "patient palliatif à domicile"<sup>54</sup>. Ce forfait couvre les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour

---

<sup>51</sup> Arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée (MB : 28/06/1997), art.2.

<sup>52</sup> *Ibidem.*, art.10 et 11.

<sup>53</sup> En 2004, les montants des subsides annuels oscillent entre 48 369, 97 € et 193 218,84 € in Arrêté ministériel du 6 avril 2004 portant fixation du subside alloué à certaines associations en matière de soins palliatifs pour l'année 2004 (MB : 28/05/2004).

<sup>54</sup> Par "patient palliatif à domicile" dans le sens du présent arrêté il y a lieu d'entendre le patient : 1° qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles ; 2° dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique/psychique ; 3° chez qui des interventions

patients palliatifs à domicile. Cette intervention est octroyée pour une période de trente jours, renouvelable une seconde fois<sup>55</sup>.

Le patient palliatif à domicile supporte les tickets modérateurs correspondant aux prestations reçues, sauf ceux relatifs aux visites d'un médecin généraliste et aux soins infirmiers.

Les personnes âgées qui résident dans une MR/MRS/MSP sont exclues de cette intervention.

Enfin, notons que la loi du 21 décembre 1994<sup>56</sup> permet au travailleur salarié d'interrompre complètement ou de réduire ses prestations de travail pour une période d'un mois (renouvelable une seconde fois) pour dispenser des soins palliatifs<sup>57</sup> à une personne qui souffre d'une maladie incurable (cf. supra). La personne perçoit dans ce cas une allocation à charge de l'assurance chômage. Ceux qui travaillent en Région flamande perçoivent une allocation supplémentaire.

#### 1.2.2.3.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

Une association en matière de soins palliatifs doit couvrir une zone géographique comptant entre 200 000 et 1 000 000 d'habitants, étant entendu que chaque Communauté doit disposer au minimum d'une association.

La province du Luxembourg se caractérise par une forte ruralité et une tradition de mourir à domicile (6/10 contre 2/10 en Belgique)<sup>58</sup>, accompagné d'une équipe multidisciplinaire. Les soins palliatifs à domicile se sont donc prioritairement développés en province de Luxembourg. Mais cette tendance caractéristique de la province du Luxembourg tend à gagner du terrain. En effet, de nombreuses initiatives visant à atténuer le clivage entre l'hôpital et le domicile ont vu le jour (exemple : remboursement de la visite quotidienne du médecin traitant à l'hôpital).

Une Plate-forme de concertation des soins palliatifs a vu le jour en province de Luxembourg en 1997. Cette asbl, agréée par la Région wallonne, regroupe différents intervenants confrontés quotidiennement aux difficultés liées à l'accompagnement en fin de vie. Cette plate-forme est notamment composée de deux équipes de soutien à domicile<sup>59</sup>.

#### 1.2.2.4. Les (services de) soins infirmiers à domicile

##### 1.2.2.4.1. Cadre légal

###### 1.2.2.4.1.1. Définition

Les soins infirmiers à domicile sont les soins de santé dont bénéficient des personnes vivant à domicile et qui sont administrés par des infirmiers et soignants qualifiés. Ils comprennent non

---

thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable ; 4° pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois) ; 5° ayant des besoins physiques, psychiques, sociaux et spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long, le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et à des moyens techniques appropriés ; 6° ayant l'intention de mourir à domicile ; 7° et qui répond aux conditions mentionnées dans la formule annexée au présent arrêté.

<sup>55</sup> Arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 30/12/1999), art.6.

<sup>56</sup> Arrêté royal du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales diverses (MB : 23/12/1994).

<sup>57</sup> Par soins palliatifs on entend toute forme d'assistance, donc tant médicale, sociale ou administrative que psychologique et de soins, à une personne souffrant d'une maladie incurable et qui se trouve en phase terminale.

<sup>58</sup> Entretien avec le Dr Marion de la plate-forme de soins palliatifs, Mars 2003

<sup>59</sup> "Accompagner asbl" et "Au fil des jours asbl", in <http://www.asblux.org/soinspalliatifs/adresses.html>

seulement des actes techniques mais aussi des aides à la vie journalière si bien que la frontière entre les soins à domicile et l'aide sociale reste souvent imprécise<sup>60</sup>.

Les personnes nécessitant des soins infirmiers à domicile peuvent faire appel aux services de soins à domicile ou à des infirmiers indépendants.

#### 1.2.2.4.1.2. Agrément et normes de personnel

Pour prétendre à l'intervention forfaitaire de l'INAMI, les services de soins infirmiers à domicile répondeur, de manière permanente, aux conditions suivantes<sup>61</sup> :

- être dirigés par des infirmiers responsables de l'organisation du service, de la coordination, de la programmation, de la continuité, de la qualité et de l'évaluation des soins qui exercent une autorité et un contrôle sur au minimum 7 infirmiers (ETP) ;
- garantir la formation permanente des praticiens de l'art infirmier avec un minimum de 20 h de formation / an / ETP ;
- garantir 25 h / an / ETP de réunion de concertation et peer review au sujet des patients ;
- disposer d'un numéro de tiers payant unique.

#### 1.2.2.4.2. Financement et participation financière de l'usager

L'intervention forfaitaire de l'assurance maladie octroyée aux services de soins infirmiers à domicile pour les coûts spécifiques associés à l'obligation d'une gestion assurée par un infirmier responsable « est d'un montant forfaitaire trimestriel de 11 151 € pour 14 ETP praticiens de l'art infirmier membres du personnel »<sup>62</sup>.

Le financement des soins infirmiers à domicile est assuré par l'INAMI et fait l'objet d'une convention annuelle négociée par la Commission permanente composée de représentants des praticiens de l'art infirmier et des organismes assureurs. Cette convention fixe les honoraires en laissant la liberté aux prestataires d'y adhérer. Pour faire l'objet d'une intervention de l'INAMI, il faut que :

- la prestation soit reprise dans la nomenclature ;
- le PAI ait la qualification requise ;
- ces soins aient été prescrits par un médecin.

Le financement des soins infirmiers est assuré par l'assurance obligatoire (Cf. Annexe 4). Les prestations du personnel infirmier relevant de la nomenclature de l'assurance maladie-invalidité sont facturées selon les modalités du tiers payant<sup>63</sup> de sorte que les usagers paient uniquement leurs tickets modérateurs.

#### 1.2.2.4.3. Offre de services en province de Luxembourg

Aucune législation ne mentionne de normes de programmation en matière de services de soins infirmiers à domicile.

---

<sup>60</sup> SESA, Manpower Planning - Offre et demande de travail dans le secteur des soins et du bien-être et dans le secteur de l'action sociale, 2000-2010-2020, s.d., s.l., p2.

<sup>61</sup> Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d'octroi de cette intervention (MB : 09/05/2002), art.1, §2.

<sup>62</sup> *Ibidem.*, art.2, §1.

<sup>63</sup> Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 26 juin 1989 portant exécution du décret du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile (MB : 09/09/1989), art.12.

L'offre de service est détaillée à l'annexe 5 de ce rapport.

#### **1.2.2.5. Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées**

##### 1.2.2.5.1. Cadre légal

###### *1.2.2.5.1.1. Définition*

Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées exercent « une aide à la vie quotidienne<sup>64</sup> afin de permettre [au bénéficiaire] de continuer à participer à la vie sociale [et/ou de bénéficier d'] une garde à domicile [dans le] but d'optimiser le bien-être mental, physique et social du bénéficiaire qui, pour des raisons de santé, a besoin d'une assistance renforcée à son domicile »<sup>65</sup>. Ces services sont amenés à travailler en réseau avec des organismes extérieurs comme les MR/MRS, les centres de jour ...

Les services offerts sont majoritairement fournis par les services publics sociaux locaux dépendant directement des communes ou des centres publics d'aide sociale (CPAS) ou par des initiatives comprises dans l'économie sociale (asbl). Néanmoins, le secteur commercial tend à développer ce type de services. Un professionnel peut également intervenir en tant qu'indépendant.

Le rôle social des aides seniors et des aides familiales est « de permettre le maintien à domicile des personnes et de leur assurer une qualité de vie »<sup>66</sup>. L'aide fournie est déterminée sur base des besoins réels de la personne, évalués à la lumière d'une enquête sociale annuelle.

L'aide familiale est appelée à intervenir dans les familles, auprès des personnes âgées, malades ou handicapées en difficulté. Sa mission, s'exerçant en étroite collaboration avec la famille et/ou l'entourage, peut contribuer à une insertion dans la vie sociale et joue un rôle important de prévention.

L'aide senior est qualifiée pour aider :

- les personnes ayant atteint l'âge de 60 ans minimum ;
- les personnes adultes reconnues handicapées de manière permanente et définitive ;
- les familles ayant à charge une personne adulte reconnue handicapée de manière permanente et définitive<sup>67</sup>.

Notons que désormais, seul le diplôme d'aide familiale est octroyé. Celui-ci assure la polyvalence du personnel des SAFPA (aide familiale/senior et garde malade).

###### *1.2.2.5.1.2. Agrément et normes de personnel*

Pour être agréés, les services d'aides aux familles et aux personnes âgées doivent se soumettre au contrôle du Ministère, respecter des critères éthiques et répondre aux normes de personnel suivantes<sup>68</sup> :

---

<sup>64</sup> Exemples : repas, nettoyage, menus travaux ...

<sup>65</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998 portant approbation du statut de l'aide familiale (MB : 08/09/1998), art.1.

<sup>66</sup> Région wallonne, in <http://mrw.wallonie.be/sg/dsg/diis/act-rapp-inv%20m15%20serv%20aid%20famil.htm>

<sup>67</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998, *Op. cit.*, art.2.



- Aides familiales ou aides seniors ou gardes à domicile : minimum 3 ETP<sup>69</sup> ;
- Assistant social : 0,25 ETP / 6,5 ETP aides ou gardes à domicile ;
- Infirmier gradué social ou spécialisé en santé communautaire : 0,25 ETP / 6,5 ETP aides ou gardes à domicile ;
- Employé administratif : 1 ETP / 10 ETP aides ou gardes à domicile.

#### 1.2.2.5.2. Financement, programmation et participation financière de l'usager

Dans les limites des crédits disponibles, la Région wallonne « attribue par service (...) un nombre maximum annuel d'heures subventionnées d'activité d'aide à la vie quotidienne »<sup>70</sup>. La subvention comprend un montant forfaitaire de 16,6 €/heure prestée au domicile du patient<sup>71</sup> auquel s'ajoutent des montants forfaitaires supplémentaires destinés à prendre en considération l'ancienneté du personnel, les frais administratifs, les frais salariaux des responsables de l'encadrement et les prestations effectuées les week-ends et jours fériés.

La programmation du nombre maximum d'heures d'aide à la vie quotidienne subventionnées est déterminée, par zone d'activités, sur base de la population (par tranche d'âges), de ses caractéristiques socio-économiques, de sa densité et de l'offre de lits en MR, MRS et résidences-services.

Par ailleurs, ces services peuvent éventuellement recevoir des subventions des communes et/ou CPAS.

Une contribution financière horaire, fixée en fonction des ressources, des charges familiales de l'usager et de la reconnaissance éventuelle d'un handicap, est demandée au bénéficiaire du service<sup>72</sup>. Selon les barèmes en vigueur en Région wallonne, la part à charge de l'usager oscille entre 0,87 €/h et 7,80 €/h.

Par ailleurs, la loi du 20 juillet 2001<sup>73</sup> permet aux personnes âgées de délivrer un titre-service<sup>74</sup> pour bénéficier des prestations (« aide à domicile de nature ménagère (...) ; aide à domicile aux personnes âgées, malades ou handicapées »<sup>75</sup>) d'une entreprise agréée à un prix accessible.

#### 1.2.2.5.3. Offre de services en province de Luxembourg et consommation

Actuellement, 6000 aides familiales, réparties dans les 87 services agréés par le Ministère de la Région wallonne, sont engagées pour faire face à une demande de plus en plus importante. Grâce à ces services, plus de 41.000 personnes ont pu garder leur autonomie.

---

<sup>68</sup> Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subvention à ces services (MB : 28/12/1988), Chapitre 2.

<sup>69</sup> Un emploi à temps plein peut être remplacé par deux emplois à temps partiel pour autant qu'ils correspondent au moins à un emploi à temps plein.

<sup>70</sup> Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 16 décembre, *Op. cit.*, art.10, 2°.

<sup>71</sup> Cela signifie que les jours fériés légaux, les jours de petit chômage (mariage, décès, etc.), les jours de maladies à charge de l'employeur, les congés d'ancienneté n'ouvrent droit à aucun subside ; leur rémunération est totalement à charge des services.

<sup>72</sup> Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988, *Op. cit.*, art.8, 2°.

<sup>73</sup> Loi du 20 juillet 2001 visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité (MB : 11/08/2001).

<sup>74</sup> Il s'agit du « titre de paiement émis par une société émettrice, qui permet à l'utilisateur de régler, avec l'aide financière de l'Etat, revêtant la forme d'une subvention à la consommation, une prestation de travaux ou de services de proximité effectuée par une entreprise agréée », in *Ibidem.*, art.2, 1°.

<sup>75</sup> *Ibidem.*, art.2, 3°.

La province de Luxembourg est composée de deux zones d'activités : le Nord Luxembourg<sup>76</sup> et le Sud Luxembourg<sup>77</sup>. Celles-ci sont couvertes par six services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées.

**Tableau 4 : Services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées**

Services	Statuts	Localités
Office d'Aides aux Familles Luxembourgeoises	asbl	Nassogne
C.S.D. Luxembourg	asbl	Saint-Hubert
Aide Familiale	asbl	Arlon
A.D.M.R.	asbl	Orgeo
Service d'aide aux Familles et aux Personnes âgées	CPAS	Bouillon
Service d'aide aux Familles et aux Personnes âgées	Services publics - CPAS	Hotton

Source : RW, DGASS, 2004

Le recensement de l'activité de 2002 montre que la consommation en province de Luxembourg est nettement supérieure à la moyenne régionale. Deux caractéristiques de la région peuvent expliquer ce phénomène : une forte ruralité et une tradition de mourir à domicile.

**Tableau 5 : Heures chez les personnes âgées de plus de 60 ans (activité 2002)**

Province	Heures prestées	Activité par habitant de 60 ans et + <sup>78</sup>
Brabant wallon	242 221 h	3,58 h
Hainaut	1 578 441 h	5,63 h
Liège	1 240 117 h	5,86 h
<b>Luxembourg</b>	<b>477 545 h</b>	<b>9,28 h</b>
Namur	638 440 h	6,53 h
TOTAL	4 176 764 h	5,92 h

Source : RW, DGASS, Rapport d'activités 2003

<sup>76</sup> Bastogne, Bertogne, Bertrix, Bouillon, Dardevisse, Durbuy, Erezée, Fauvillers, Gouvy, Herbeumont, Hotton, Houffalize, La Roche-en-Ardenne, Léglise, Libin, Libramont-Chevigny, Manhay, Marche-en-Famenne, Nassogne, Neufchâteau, Paliseul, Rendeux, Saint-Ode, Saint-Hubert, Tellin, Tenneville, Vaux-sur-Sûre, Vielsalm, Wellin.

<sup>77</sup> Arlon, Attert, Aubange, Chiny, Etalle, Florenville, Habay, Martelange, Meix-devant-Virton, Messancy, Musson, Rouvroy, Saint-Léger, Tintigny, Virton, in Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 16 décembre 1988, *Op. cit.*, Annexe, art. N1.

<sup>78</sup> Moyenne théorique ( $\neq$  consommation moyenne des bénéficiaires).

### 1.2.2.6. Tableau synthétique

**Tableau 6 : Services à domicile - Synthèse comparative**

	Public	Objectifs	Missions	Normes de personnel	Financement	Coûts à charge de l'utilisateur	Programmation	Offre en PL
<b>SISD</b> AR 8/7/2002	Population d'une zone déterminée	Renforcer l'ensemble des soins aux patients (Niveau 3)	Organisation et encadrement des prestations	Représentants des : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Généralistes</li> <li>▪ Infirmiers et accoucheuses</li> <li>▪ CCSSD</li> </ul>	<u>Services</u> : Intervention AMI (12,5 €/ an / pers.) (Subvention RW) <u>Prestataires</u> : Interv. forfaitaire (30 ou 40 €/an)	-	1 / 70 000 hab.	2 SISD
<b>CCSSD</b> Déc. 19/6/1989	Personnes privées d'autonomie	Coordonner les soins et services à domicile (Niveau 2)	Analyser le besoin et aiguiller la demande vers les services adéquats	-	Subvention RW (Subvention des coll. locales)	<u>Service</u> : - <u>Prestations</u> : Tickets modérateurs Coûts des services non médicaux	Moratoire (2004)	2 CCSSD
<b>Assoc. de Soins Palliatifs</b> AR 19/6/1997	Patients palliatifs à domicile	Coordination et encadrement des soins palliatifs (dom. - instit.) (Niveau 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information</li> <li>▪ Coordination</li> <li>▪ Avis</li> <li>▪ Evaluation</li> <li>▪ Formation</li> </ul>	Coord. : 1 ETP Psy. clin. : 0,5 ETP Equipe de soutien : - Inf. : 2 ETP - Gén. : 4h/sem. - Admin. : 0,5 ETP	<u>Association</u> : Subsidés du MSP <u>Prestataires</u> : intervention AMI participation financière du patient <u>Patient</u> : Intervention AMI (≈ 500 €) couvrant médicaments, matériel et auxiliaires	<u>Service</u> : - <u>Prestations</u> : Tickets modérateurs	1 zone / 200 000 à 1 000 000 hab.	1 plate-forme, avec 2 équipes à domicile (1/254120 hab.)

	Public	Objectifs	Missions	Normes de personnel	Financement	Coûts à charge de l'utilisateur	Programmation	
<b>(Serv. de) soins inf. à dom.</b> AR 16/4/2002	Personnes nécessitant des soins infirmiers	Programmation des soins et assurer la qualité des soins (Service - Niveau 2)	Organisation du service, formation, évaluation des soins	Inf. responsable Inf. agréés : min. 7 ETP	Forfaits AMI (Cf. convention)	-	-	n.d.
		(Soins inf. - Niveau 1)	Actes techniques et aides à la vie quotidienne	Etre agréé	Forfait journalier AMI (fonction de la dépendance) Participation financière du patient	Tickets modérateurs	-	n.d.
<b>Serv. d'Aide aux Fam. et PA</b> AECE 16/12/1988	Familles, personnes âgées, malades ou handicapées en difficulté	Permettre le maintien à domicile et assurer une qualité de vie (Niveau 1)	Aide à la vie quotidienne et/ou garde à domicile	Aide senior / fam. / garde malade : 3 ETP Ass. social : 0,25 ETP / 6,5 ETP aide ou garde Infirmier : 0,25 ETP / 6,5 ETP aide ou garde Admin. : 1 ETP/10 ETP aide ou garde	Subventions RW / heure prestée (Subvention des coll. locales) Participation du bénéficiaire	Coût horaire (dépendant des ressources et des personnes à charge)	Nombre d'h. subsidiées/zone	2 zones avec 6 SAFPA

### 1.2.3. L'accueil ambulatoire

#### 1.2.3.1. Les centres d'accueil de jour (CAJ)

##### 1.2.3.1.1. Cadre légal

###### 1.2.3.1.1.1. Définition

Selon le décret du 6 juin 1997, un centre d'accueil de jour est un « centre, quelle qu'en soit la dénomination, situé au sein d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins ou en liaison avec elle, où sont accueillies, pendant la journée, des personnes âgées de soixante ans au moins en perte d'autonomie, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale »<sup>79</sup>.

Concrètement, il s'agit de lieux de rencontre organisés par les autorités fédérées où sont dispensés aux personnes peu dépendantes d'un quartier des services matériels, hygiéniques et sociaux. Ces centres jouent donc un rôle important dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées résidant à domicile.

###### 1.2.3.1.1.2. Agrément

Un centre d'accueil de jour ne peut être exploité sans être agréé. Pour ce faire, il doit répondre à des normes relatives<sup>80</sup> :

- à la liberté des résidents, le respect de leurs convictions et leur participation<sup>81</sup> ;
- à la capacité d'accueil (entre 5 et 15 résidents) ;
- au bâtiment ;
- aux modalités de liaison fonctionnelle avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins<sup>82</sup> ;
- à l'hygiène, la nourriture, les soins de santé et l'animation ;
- à la comptabilité ;
- à l'adaptation du prix d'accueil ;
- au personnel (Cf. infra).

###### 1.2.3.1.1.3. Normes de personnel

Pour être agréé, le centre d'accueil de jour pour personnes âgées doit répondre à des normes concernant le nombre, la classification, la qualification et la moralité des personnes occupées. Le CAJ doit notamment :

- disposer du personnel suffisant en nombre et en qualification pour assurer une aide à la vie journalière et la participation aux activités ;
- assurer la présence permanente d'au moins un membre du personnel ;
- conclure des conventions avec les services extérieurs ou prestataires indépendants auxquels il fait appel ;
- avoir le même directeur que celui de la MR(S) avec laquelle il est en liaison.

---

<sup>79</sup> Décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 26/06/1997), art.2, 3°.

<sup>80</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 27/01/1999), Annexe IV.

<sup>81</sup> Celles-ci portent sur le règlement intérieur, la convention entre le gestionnaire et le résident, le dossier individuel du résident et le tableau d'affichage.

<sup>82</sup> Un centre d'accueil de jour doit être conventionné avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins.

### 1.2.3.1.2. Financement et participation financière des usagers

Dans les limites des crédits budgétaires, les centres d'accueil de jour gérés par une personne morale de droit public ou une personne morale de droit privé sans but lucratif et agréés bénéficient d'une subvention de fonctionnement pour couvrir les frais de personnel, d'animation ou de coordination avec d'autres services ou des frais d'évaluation. Le montant forfaitaire de cette intervention est fixé à 5 €/jour/résident effectivement présent et répondant aux critères de dépendance fixés par le Ministre<sup>83</sup>.

La personne âgée supporte un prix de journée<sup>84</sup> soumis au contrôle du service des prix du Ministère des Affaires économiques et d'éventuels suppléments. Selon B. SCHOENMAKERS et M. YLIEFF, « un des obstacles les plus importants à l'utilisation des centres de jour par la population concernée est d'ordre financier »<sup>85</sup>.

### 1.2.3.1.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

« Le programme relatif au nombre de places d'accueil des centres d'accueil de jour est fixé à deux places pour cent personnes âgées de plus de soixante ans au moins pour chaque arrondissement. Dans ce programme, 40% des places sont réservés au secteur public, 30 % au secteur privé non lucratif et 30 % au secteur privé commercial. »<sup>86</sup>

Les deux centres d'accueil de jour de la province de Luxembourg sont situés dans l'arrondissement de Virton. Chaque centre dispose de 15 places, soit 6 places pour 100 habitants de 60 ans et plus de la province de Luxembourg.

Dans l'arrondissement de Virton, il y a 36 places / 100 PA alors que la norme de programmation par arrondissement est de 2 places / 100 PA et que les autres arrondissements en sont dépourvus.

**Tableau 7 : Nombre de places en centre d'accueil de jour en province de Luxembourg**

	Nombre de places CAJ	Nombre de places / 1000 ≥ 60 ans	Nombre de places / 1000 ≥ 75 ans
Région wallonne	322 <sup>87</sup>	0,5	1,1
Zone Interreg	30	0,6	1,6

Source : RW, DGASS, 2004-2005 ; INS, 2004

### 1.2.3.2. Les Centres de soins de jour

#### 1.2.3.2.1. Cadre légal

##### 1.2.3.2.1.1. Définition

Les centres de soins de jour sont des lieux où des soins journaliers et une aide familiale et ménagère partielle ou globale sont prodigués aux personnes âgées plus dépendantes c'est-à-dire « aux personnes nécessitant des soins, étant entendu toutefois que leur état de santé général exige, outre les soins du médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux et kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne. Ces personnes

<sup>83</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998, *Op. cit.*, art.33.

<sup>84</sup> variable d'un centre à l'autre.

<sup>85</sup> B. SCHOENMAKERS, M. YLIEFF, *Les effets de l'accueil temporaire (services de répit) chez les personnes âgées souffrant de démence et son aidant familial*, in Qualidem, s.l., s.d., p.4.

<sup>86</sup> Décret du 6 février 2003 modifiant le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 26/06/1997), art.27, 3°.

<sup>87</sup> 352 en 2005, soit 0,5 place / 1000 PA ≥ 60 ans et 1,3 places / 100 PA ≥ 75 ans (INS 2004)

doivent, en outre, satisfaire aux critères de dépendance (...) »<sup>88</sup>. Ces institutions ont d'une part, un rôle de revalidation lors d'une sortie d'hôpital afin que la personne âgée puisse réintégrer sa maison et d'autre part, un rôle stimulant et de maintien maximal de l'autonomie dans le but de favoriser le maintien à domicile.

Ces centres, offrant un cadre soignant que ne propose pas un centre d'accueil de jour, permettent également à la famille de souffler.

#### 1.2.3.2.1.2. *Agrément*

Selon l'arrêté royal du 21 septembre 2004, « un agrément spécial comme centre de soins de jour peut être accordé aux institutions offrant une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile »<sup>89</sup>.

Pour ce faire, les centres de soins de jour doivent répondre à plusieurs types de normes. Parmi celles-ci, notons :

- la norme générale (public-cible) ;
- les normes fonctionnelles : le CSJ doit être en liaison fonctionnelle avec une MR ou une MRS ;
- la transmission de données statistiques au MSP ;
- les normes de personnel (Cf. infra).

#### 1.2.3.2.1.3. *Normes de personnel*

Les normes de personnel que les centres de soins de jour doivent respecter pour être agréés sont, par 15 places agréées, :

- Infirmier : 1 ETP ;
- Personnel soignant<sup>90</sup> : 1,5 ETP ;
- Personnel de réactivation<sup>91</sup> : 0,5 ETP.

La présence permanente d'au moins un membre du personnel doit être assurée.

#### 1.2.3.2.2. *Financement et participation financière des usagers*

Les centres de soins de jour sont financés par un forfait de l'assurance obligatoire (Forfait F). L'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations fournies par les centres de soins de jour est fixée à 26,16 €/journée/bénéficiaire (situation au 01/01/2004). L'octroi de ce forfait est subordonné à l'accord du médecin-conseil et est destiné à couvrir :

- les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier ;
- les prestations de kinésithérapie ;
- les prestations de logopédie ;

---

<sup>88</sup> Arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour (MB : 28/10/2004), Annexe 2.

<sup>89</sup> *Ibidem.*, art.3.

<sup>90</sup> Personnel qui assiste effectivement les praticiens de l'art infirmier dans la dispensation des soins, aide les personnes dépendantes dans les actes de la vie journalière, dans la préservation de l'autonomie et le maintien de la qualité d'habitat et de vie. Ce personnel doit justifier au moins les qualifications suivantes : le brevet ou le diplôme de l'enseignement secondaire ou le certificat d'étude de l'enseignement secondaire ou le certificat de qualification ou le certificat de l'enseignement secondaire de : auxiliaire familiale et sanitaire, puériculture, aspirante en nursing, "leefgroepwerking", "gezins- en bejaardenhulpster", "personenzorg", assistant(e) en gériatrie, éducation, moniteur de collectivité, auxiliaire polyvalente des services à domicile et en collectivité ou aide polyvalente de collectivités.

<sup>91</sup> Exemples : kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède, infirmier gradué ou licencié en orthopédagogie.

<sup>92</sup> Arrêté ministériel du 28 mai 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 30/12/1999), art.1.

- l'assistance dans les actes de la vie journalière et les actes de réactivation, de rééducation et réintégration sociale, y compris l'ergothérapie ;
- le matériel de soins.

Pour bénéficier de cette intervention forfaitaire journalière, un patient doit remplir deux conditions :

- séjourner au centre pendant au moins six heures par jour ;
- souffrir d'un certain degré de handicap<sup>93</sup>.

Par analogie avec les MRS, l'admission en centre de soins de jour concerne un gros risque<sup>94</sup>. L'intervention est donc étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses.

L'utilisateur paie un prix de journée couvrant les frais de séjour, l'assistance et les services offerts, à l'exception des services et autres fournitures pour lesquels une rémunération supplémentaire est expressément prévue dans la convention avec l'utilisateur. Pour ce qui est de la fixation du prix de journée, les structures sont soumises à la régularisation des prix par le SPF<sup>95</sup> des affaires économiques. A l'heure actuelle, ce prix oscillerait entre 15 et 20 € repas et boissons compris. L'utilisateur paie généralement aussi une participation aux frais de transport.

#### 1.2.3.2.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

Selon l'arrêté ministériel du 12 juillet 2001, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, le nombre maximum de places des centres de soins de jour pouvant être agréées pour le Royaume « est porté (...) à 1,5 places par tranche de mille habitants de 60 ans et plus »<sup>96</sup>.

En province de Luxembourg, un seul établissement dispose d'un centre de soins de jour. Cette institution privée commerciale est située dans l'arrondissement de Virton (Etalle).

Le nombre de places disponibles en province de Luxembourg est largement inférieur à la norme de programmation (0,1 place/1000 habitants de plus de 60 ans). Cette densité est de 0,2 place en Région wallonne.

#### **Tableau 8 : Nombre de places en centre de soins de jour en province de Luxembourg**

<sup>93</sup> Le bénéficiaire doit atteindre au moins un score de la catégorie B sur l'échelle de Katz.

<sup>94</sup> Le régime des indépendants ne couvre que les "gros risques" relatifs à la maladie : l'hospitalisation, les médicaments délivrés lors de l'hospitalisation, les accouchements, les interventions chirurgicales importantes, l'anesthésie, l'imagerie médicale, le matériel de synthèse, les soins en maison de repos et de soins, la réadaptation ... Pour plus d'information, cf. GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine - Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2002, pp.26-28.

<sup>95</sup> Service Public Fédéral

<sup>96</sup> Arrêté ministériel du 12 juillet 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 décembre 1982 fixant les critères de programmation pour les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour (MB : 17/08/01), art.1.



	<b>Nombre de places CSJ</b>	<b>Nombre de places/ 1000 ≥ 60 ans</b>	<b>Nombre de places / 1000 ≥ 75 ans</b>
Région wallonne	<b>152</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>
Zone Interreg	<b>5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>

Source : RW, DGASS, 2004-2005 ; INS, 2004

Il existe également quelques expériences de centres de soins de nuit pour les personnes qui ne font plus la distinction entre le jour et la nuit et qui sont actives la nuit. En Région wallonne, trois projets pilotes sont en cours (Les Murlais à Liège, Le Vignoble à Braine l'Alleud et L'Orée du Bois à Comines-Warнетon).

### 1.2.3.3. Tableau synthétique

Tableau 9 : Accueil ambulatoire - Synthèse comparative

	Public	Objectifs	Missions	Normes de personnel	Financement	Part à charge	Programmation	Offre PL
<b>CAJ</b> Déc. 6/2/2003	60 ans et +, en perte d'autonomie	Favoriser le maintien de l'autonomie des PA résidant à domicile	Soins familiaux et ménagers  Prise en charge thérapeutique et sociale	1 Directeur  Personnel qualifié en suffisance dont 1 membre présent en permanence	Forfait AMI : 5 €/ jour / PA  Participation financière de l'utilisateur	+	2 pl./100 PA/ arrondissement	2 CAJ, soit 0,6 pl./1000 PA
<b>CSJ</b> AR 2/12/1982	Dépendant, nécessitant des soins	Favoriser le maintien de l'autonomie des PA résidant à domicile	Revalidation  Stimulation et maintien de l'autonomie	Par 15 pl. agréées : Infirmier : 1 ETP Soignant : 1,5 ETP Pers. de réactivation : 0,5 ETP  dont 1 membre présent en permanence	Forfait AMI : 23,9 €/ jour / pers.  Participation financière de l'utilisateur	+	1,5 pl./1000 PA	1CSJ, soit 0,1 pl./1000 PA

#### **1.2.4. L'accueil résidentiel temporaire et permanent**

Le maintien à domicile n'est pas possible pour tous. En effet, l'intervention financière personnelle est une entrave sérieuse à la gamme d'améliorations disponibles (téléalarme, adaptation de l'habitat ...), de même que l'absence d'un référent. Reste alors l'accueil résidentiel qui « continue à occuper une place importante dans l'offre de soins pour les personnes âgées »<sup>97</sup>.

Pour les personnes qui doivent être hébergées en institution, il existe actuellement quatre types de structures pour lesquelles une intervention est accordée à charge de l'assurance obligatoire soins de santé<sup>98</sup> : les maisons de repos (MR), les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les habitations protégées (HP). Certaines MR et MRS disposent d'un centre de court séjour. Outre ces structures, il existe également les résidences-services.

Durant la période 1980-2000, une politique de réduction et de conversion de lits hospitaliers a été menée : ce processus a permis la création de 45 000 places dans les maisons de repos et de soins (MRS), 6 000 dans les maisons de soins psychiatriques (MSP) et 4 000 dans les habitations protégées pour patients psychiatriques (HP). Les MSP et HP ne sont toutefois pas développées dans ce rapport.

##### **1.2.4.1. Les centres de court séjour**

###### 1.2.4.1.1. Cadre légal

###### *1.2.4.1.1.1. Définition*

Depuis 2004, certaines maisons de repos (et de soins) offrent aux personnes âgées la possibilité d'y demeurer pour un séjour temporaire. Ces personnes sont accueillies dans un centre de court séjour c'est-à-dire dans un « établissement d'hébergement, médicalisé ou non, visant à assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique des personnes âgées pour une durée de séjour qui peut varier de quelques jours à quelques semaines »<sup>99</sup>. Autrement dit, ces centres permettent, en cas de crise, une prise en charge temporaire avant un retour à domicile.

Le court séjour en maison de repos a une durée maximale de trois mois par année civile.

###### *1.2.4.1.1.2. Agrément et normes de personnel*

Aucune norme d'agrément spécifique au court séjour n'est définie. Les normes d'agrément et de personnel sont celles appliquées à la maison de repos (et de soins) dans laquelle les lits de court séjour sont installés (Cf. infra).

###### 1.2.4.1.2. Financement et participation financière des usagers

Le mode de financement des centres de court séjour et la participation financière des usagers sont identiques à ceux des maisons de repos ou maisons de repos et de soins dans lesquelles les lits de court séjour sont installés (Cf. infra).

---

<sup>97</sup> R. VERNIEST, *loc. cit.*, p.1.

<sup>98</sup> J. PACOLET, H. LANOYE, R. BOUTEN, *op cit.*, pp. 27 et ssv. in LE COMITE DE LA PROTECTION SOCIALE, *Op. cit.*

<sup>99</sup> Manuel de gestion et de législation, 1991, Vol. 1. 1.1/11.

#### 1.2.4.1.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

L'arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 établit un programme d'implantation spécifique pour les lits de maison de repos réservés au court séjour<sup>100</sup>. Ce programme est fixé pour la Région linguistique de langue française à 7,8 lits par dix mille habitants âgés de soixante ans au moins. Ce programme se réalise par arrondissement afin qu'aucun arrondissement ne puisse disposer de moins de 5 lits par dix mille habitants âgés de soixante ans au moins, ni de plus de 10 lits par dix mille habitants âgés de soixante ans au moins.

Dans ce programme, 29 % au minimum des lits sont réservés au secteur public, 21 % au minimum au secteur privé non lucratif et 50 % au maximum au secteur privé commercial.

Aucune maison de repos ne peut bénéficier de lits de court séjour au-delà du nombre de lits équivalent à 10 % de sa capacité.

En 2005, sept établissements de la province de Luxembourg disposent de lits de court séjour (14 lits). Leur densité est d'environ 2,7 lits / 10 000 habitants de 60 ans et plus alors que la norme de programmation fixe ce taux à 7,8. En Région wallonne, ce taux est de 2,4. Les lits de court séjour sont concentrés dans les arrondissements d'Arlon (4,8/ 10 000 PA), de Neufchâteau (5/10 000 PA) et de Virton (2,9/ 10 000 PA). Deux arrondissements en sont dépourvus alors que la norme de programmation prévoit que la densité ne peut être inférieure à 5 lits/arrondissement.

**Tableau 10 : Lits de court séjour en province de Luxembourg**

Etablissements	Localités (Arrondissement)	Statuts	Nombre de lits CCJ
Seigneurie de Ville en Pré	Arlon (A)	SA	4
Résidence des Ardennes (nouveau site)	Attert (A)	SPRL	1
Seniories Floradant	Libramont-Chevigny (N)	SA	2
Home Saint Charles - Bouillon	Bouillon (N)	SA	2
Seniorie de Carlsbourg	Paliseul (N)	SPRL	1
Résidence Les Alouins 1	Tellin (N)	SA	1
Auberge du Vivier	Habay (V)	ASBL	3

Source : RW, DGASS, Avril 2005

Notons que d'après les résultats de l'enquête LLS, d'autres établissements accueillent des personnes âgées en court séjour. Ainsi, trois autres établissements proposeraient douze lits de court séjour.

#### 1.2.4.2. Les résidences-services

##### 1.2.4.2.1. Cadre légal

###### 1.2.4.2.1.1. Définition

Une résidence-services est « un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel, géré par un pouvoir organisateur qui, à titre onéreux, offre à des personnes âgées de soixante ans au moins des logements particuliers leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquels elles peuvent librement faire appel »<sup>101</sup>.

<sup>100</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998, *Op. cit.*, art.4 §2.

<sup>101</sup> Décret du 6 février 2003, *Op. cit.*, art.2, 2°.

Autrement dit, il s'agit d'unités de logement individuelles où les personnes âgées habitent de façon indépendante et où il y a une offre limitée de services communs auxquels elles peuvent éventuellement recourir. Ces établissements n'offrent donc pas d'aide permanente.

#### 1.2.4.2.1.2. Agrément

Une résidence-services ne peut être exploitée sans être agréée. Pour ce faire, elle doit répondre à des normes relatives notamment<sup>102</sup> :

- à la capacité d'accueil (entre 5 et 50 logements) ;
- à la permanence et aux services offerts ;
- aux modalités de liaison fonctionnelle avec une maison de repos ou une maison de repos et de soins ;
- à la convention entre le gestionnaire et le résident ;
- à l'adaptation du prix d'accueil ;
- à la comptabilité ;
- au bâtiment ;
- au personnel (Cf. infra).

#### 1.2.4.2.1.3. Normes de personnel

Pour être agréée, les résidences-services doivent respecter des normes concernant le nombre, la classification, la qualification et la moralité du personnel. Parmi celles-ci, notons :

- La RS doit disposer du personnel nécessaire pour garantir les services offerts ;
- La RS doit obligatoirement passer des conventions avec les services extérieurs ou des prestataires indépendants auxquels elle fait appel ;
- Un directeur<sup>103</sup> assure la gestion journalière.

#### 1.2.4.2.2. Financement et participation financière de l'utilisateur

Les résidences-services ne sont pas directement subsidiées. Toutefois, « le logement pour personnes âgées peut faire l'objet d'une subvention à concurrence de 15 %, avec une surface maximum de 60 m<sup>2</sup> par habitation »<sup>104</sup>.

Les frais sont à charge du pensionnaire. Selon les rares prix indicatifs mentionnés sur Internet, le loyer mensuel en Région wallonne s'élève en moyenne à 960 €. Ce prix peut varier du simple au double d'une résidence à l'autre. Toutefois, cet indicateur est difficilement comparable dans la mesure où les services / frais couverts par ce prix ne sont pas identiques.

#### 1.2.4.2.3. Offre de services en province de Luxembourg

« Le programme relatif au nombre de logements particuliers dans les résidences-services est fixé à deux logements pour cent personnes âgées de soixante ans au moins pour chaque arrondissement. Dans ce programme, 40 % des logements sont réservés au secteur public, 30 % au secteur privé non lucratif et 30 % au secteur privé commercial. »<sup>105</sup>

Il existe deux résidences-services en province de Luxembourg (1 asbl<sup>106</sup> et 1 sa<sup>107</sup>). Les 20 appartements sont situés dans l'arrondissement de Marche-en-Famenne, soit une densité

---

<sup>102</sup> *Ibidem.*, Annexe III.

<sup>103</sup> Le directeur doit être titulaire au moins du certificat d'enseignement secondaire supérieur ou d'un titre de l'enseignement supérieur de promotion sociale.

<sup>104</sup> J.M. ROMBEAUX, *Clés pour la gestion d'une maison de repos*, Tome II, s.l., 2001, p.10.

<sup>105</sup> Décret du 6 février 2003, *Op. cit.*, art.27, 2°.

<sup>106</sup> Association Sans But Lucratif

<sup>107</sup> Société Anonyme

provinciale de 0,4 logement pour 1000 personnes de plus de 60 ans. Dans l'arrondissement de Marche, la densité de résidences-services (1,9) correspond au taux de programmation.

**Tableau 11 : Résidences-services en province de Luxembourg**

	Nombre d'appart.	Nombre d'appart./ 1000 ≥ 60 ans	Nombre d'appart. / 1000 ≥ 75 ans
Région wallonne	715 <sup>108</sup>	1,0	2,7
Zone Interreg	20	0,4	1,1

Source : RW, DGASS, 2004-2005 ; INS, 2004

D'après les résultats de l'enquête LLS, un établissement de l'arrondissement de Virton propose également 19 appartements.

### 1.2.4.3. Les maisons de repos pour personnes âgées (MR)

#### 1.2.4.3.1. Cadre légal

##### 1.2.4.3.1.1. Définition

En Région wallonne, la maison de repos est définie comme « l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement de personnes âgées de soixante ans<sup>109</sup> au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux »<sup>110</sup>.

La direction et le personnel de l'établissement créent, dans le cadre du projet de vie, un climat favorable à la qualité de vie des résidents. Ils contribuent à la préservation de leur autonomie et à leur épanouissement et visent à favoriser leur accès à une vie sociale plus dynamique, à mobiliser leurs potentialités créatrices et à améliorer la communication entre les personnes dans l'établissement.

##### 1.2.4.3.1.2. Agrément

Pour être agréées, les MR doivent répondre à plusieurs types de normes<sup>111</sup>. Parmi ces normes, notons celles relatives :

- à la liberté des résidents, le respect de leurs convictions et leur participation<sup>112</sup> ;
- à l'accueil et à l'hébergement des personnes âgées désorientées dans une unité adaptée ;
- à l'hygiène, la nourriture et les soins de santé ;
- à la capacité d'accueil (entre 26 et 150 lits, hors court séjour) ;
- à l'adaptation du prix d'hébergement ;
- à la comptabilité ;
- au bâtiment<sup>113</sup> ;
- au personnel (Cf. infra).

Notons qu'il existe des « institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées (...) [c'est-à-dire] un ou plusieurs

<sup>108</sup> 721 en 2005, soit 1,0 lit / 1000 PA ≥ 60 ans et 2,7 lits / 1000 PA ≥ 75 ans (INS 2004)

<sup>109</sup> Si la définition se centre sur les personnes âgées de plus de 60 ans, d'autres personnes peuvent néanmoins être accueillies au sein de ces institutions en raison d'un état physique ou mental altéré.

<sup>110</sup> Décret du 6 février 2003 *Op. cit.*, art.2, 1.

<sup>111</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 *Op. cit.*, Chapitre XI.

<sup>112</sup> Règlement d'ordre intérieur, convention entre le gestionnaire et le résident, dossier individuel du résident, affichage des informations.

<sup>113</sup> Exemple : la superficie réelle minimale des chambres individuelles est de 12 m<sup>2</sup>/ pers. et de 9 m<sup>2</sup>/pers. dans les chambres communes, locaux sanitaires éventuels non compris.

immeubles qui, sous quelque dénomination que ce soit, constituent un tout sur le plan fonctionnel et offrent un logement à des personnes âgées ainsi que des soins complets ou partiels sur le plan domestique et familial »<sup>114</sup>. Ces institutions doivent se faire connaître auprès de l'INAMI.

#### 1.2.4.3.1.3. Norme de personnel

Dans chaque maison de repos pour personnes âgées, il existe trois catégories de personnel<sup>115</sup> :

- le personnel de direction et d'administration assure la gestion journalière ;
- le personnel d'hôtellerie assure d'une part, les tâches de restaurant et de buanderie et d'autre part, l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux : min. 1 ETP/15 résidents ;
- le personnel de soins (les praticiens de l'art infirmier, les membres du personnel soignant, les membres des professions paramédicales et les kinésithérapeutes) : min. 1,5 ETP / 10 lits ; présence permanente de minimum 1 membre / 75 lits.

L'arrêté ministériel du 6 novembre 2003<sup>116</sup> précise les normes de personnel auxquelles maisons de repos agréées ou non doivent répondre pour bénéficier du forfait INAMI (Cf. infra)<sup>117</sup>. La composition de ce personnel est déterminée compte tenu du nombre de bénéficiaires classés dans chacune des catégories de dépendance<sup>118</sup> :

**Tableau 12 : Normes de personnel dans les MR (en ETP) / 30 bénéficiaires :**

	O	A	B	C	Cd
Infirmiers	0,25	1,20	2,10	4,10	4,10
Soignants	-	0,80	4	5,06	6,06
Personnel de réactivation	-	-	0,35	0,385	0,385

Source : MC Info, n°211, Février 2004, p.3.

« Les maisons de repos pour personnes âgées doivent disposer de leur propre personnel infirmier et soignant, salarié ou statutaire, et, s'il y a lieu, personnel de réactivation, salarié, statutaire, ou lié à l'institution par un contrat d'entreprise »<sup>119</sup>.

#### 1.2.4.3.2. Financement et participation financière de l'usager

##### *Intervention de l'assurance maladie*

La base du financement des maisons de repos se trouve dans l'arrêté royal du 3 juillet 1996<sup>120</sup> portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Selon

<sup>114</sup> Arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions, qui sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 20/12/1997).

<sup>115</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998, *Op. cit.*, Annexe 4N2 CHAPITRE 4. - Des normes concernant le nombre, la classification, la qualification et la moralité du personnel.

<sup>116</sup> Arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées (MB : 26/11/2003), art.2 §2.

<sup>117</sup> L'INAMI intervient pour « les prestations qui sont fournies par des maisons de repos pour personnes âgées, agréées par l'autorité compétente et les prestations qui sont dispensées par des institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées (...) », Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *Op. cit.*, art.34 12°.

<sup>118</sup> Ces normes de personnel ne sont pas absolues en ce sens que des règles compensatoires ont été incorporées en cas de pénurie.

<sup>119</sup> Arrêté ministériel du 6 novembre 2003, *Op. cit.*, art.2 §1.

ce texte, les MR agréées par l'autorité régionale qui ont adhéré à la convention nationale et qui répondent aux normes d'encadrement de personnel<sup>121</sup> reçoivent, via les organismes assureurs, une intervention de l'assurance maladie obligatoire sous forme d'un montant forfaitaire par résident par jour.

Ce forfait individuel, calculé par l'INAMI dans le cadre d'un budget global fixé par l'ensemble du secteur, couvre les dépenses de trois trimestres relatives :

- aux soins infirmiers ;
- aux prestations de logopédie ;
- à l'assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale ;
- au matériel de soins qui est repris dans une liste limitative et ;
- dans certains cas<sup>122</sup>, à la formation du personnel aux soins palliatifs.

Les forfaits sont définis en fonction du degré de dépendance des bénéficiaires, mesuré au moyen de l'échelle de Katz<sup>123</sup>. Sur base de leur score sur cette échelle, les bénéficiaires sont classés dans une catégorie de dépendance donnée (O, A, B et C). Ce niveau de dépendance est validé par le médecin conseil de l'organisme assureur et peut faire l'objet d'une révision.

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, une intervention forfaitaire spécifique était associée à chaque catégorie de dépendance. Depuis cette date, une seule intervention totale est fixée par institution : « on ne calcule désormais plus qu'une seule intervention forfaitaire qui peut être facturée pour tous les résidents, indépendamment de la catégorie de dépendance. Le calcul tient cependant compte du profil de dépendance global de l'ensemble de la population de résidents »<sup>124</sup>. Ce forfait est de l'ordre de 33 €/jour/résident.

Etant donné que le nouveau mode de financement est introduit dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, toutes les normes et les calculs ne sont valables que pour les "bénéficiaires" c'est-à-dire les patients qui sont affiliés auprès d'une mutuelle et qui peuvent recevoir un remboursement de soins de santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire relevant du "régime général". Le nombre de bénéficiaires d'une MR peut par conséquent être inférieur au nombre total de résidents. En effet, les indépendants<sup>125</sup> et certains patients étrangers<sup>126</sup> ne font pas partie des bénéficiaires.

---

<sup>120</sup> Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 31/07/1996).

<sup>121</sup> Notons que les MR qui ne sont pas agréées reçoivent l'intervention forfaitaire minimale (niveau O), soit 1,27 €/jour par bénéficiaire. Celles qui n'ont pas adhéré à la convention nationale voient leur intervention diminuée de 25 %.

<sup>122</sup> Une MR pure est soumise à une condition supplémentaire, à savoir qu'elle doit héberger durant la période de référence en moyenne au moins 25 bénéficiaires de la catégorie B ou C et que ceux-ci doivent représenter au moins 40 % du nombre total de lits agréés.

<sup>123</sup> Cette échelle est basée sur le besoin d'aide dans les activités de la vie journalière. Elle est constituée de 6 critères d'évaluation physique (se laver, s'habiller, transfert et déplacements, aller à la toilette, continence et manger) et de 2 critères d'évaluation psychique (orientation dans le temps et dans l'espace). Ce système de mesure est jugé insatisfaisant : le même besoin de soins est évalué différemment selon que la personne âgée, soit se trouve à son domicile, soit réside dans une maison de repos ou dans une maison de repos et de soins.

<sup>124</sup> R. VERNIEST, Le financement des MRPA-MRS, Fiche-info, in *MC-Information*, Bruxelles, Février 2004, n°211, p.2.

<sup>125</sup> Rappelons que le placement en MR est considéré comme un "petit risque" et n'est donc pas couvert par l'AO pour les indépendants.

<sup>126</sup> Les patients étrangers qui jouissent d'une pension belge et qui ont transféré leur domicile en Belgique sont considérés comme des bénéficiaires. Par contre, les patients étrangers ayant leur domicile en dehors de la Belgique se trouvent en situation de séjour temporaire et peuvent faire valoir leurs droits à des prestations médicales, par le biais d'un formulaire E111 ou E112. De même, les patients étrangers ayant leur domicile en Belgique sans pension belge peuvent faire valoir leurs droits à des prestations médicales,



Ainsi, si parmi les 10 résidents d'une MR, 6 sont bénéficiaires, le forfait journalier des 10 résidents va être déterminé sur base du degré de dépendance des 6 bénéficiaires. L'introduction de ce nouveau mode de financement n'est pas neutre en termes de flux transfrontaliers.

### *La contribution des résidents*

Il n'est pas possible de déterminer de manière univoque la contribution personnelle d'un résident pour son séjour dans une MR (ou une MRS). Cela s'explique par plusieurs facteurs<sup>127</sup> :

- Les services couverts par le prix de journée varient d'un établissement à l'autre ;
- Il existe une grande diversité de suppléments facturés aux résidents ;
- Le prix de journée peut varier en fonction de l'établissement.

La contribution personnelle des résidents concerne d'une part, les prestations couvertes par l'assurance soins de santé et d'autre part les frais de séjour et des prestations qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie.

Les prestations de soins comme les médicaments, consultations ... sont prises en charge sur base de la nomenclature INAMI. Le patient devra par conséquent supporter les tickets modérateurs et les éventuels suppléments. Notons que les prestations couvertes par le forfait INAMI ne peuvent être facturées, ni à l'organisme assureur ni au résident.

Outre les frais médicaux, les résidents doivent supporter le prix de journée mentionné dans la convention signée entre le gestionnaire de la maison de repos et le résident<sup>128</sup> ainsi que les suppléments. Des dispositions régionales mais surtout fédérales garantissent les droits des résidents. Le service des prix du Ministère des Affaires économiques veille notamment à ce que :

- Si l'établissement adhère à la convention nationale, les frais de logement et d'hôtel, le coût des alaises et les coûts d'entretien des draps de lit soient inclus dans le prix de journée du résident ;
- Les prix d'hébergement ne puissent être revus qu'après accord du Ministère des Affaires économiques.

Le prix de journée ne peut varier en fonction du degré de nécessité de soins. Par contre, les tarifs peuvent être différents selon le type de chambre.

Les autres frais de soins (exemples : pédicurie, diététique ...) et frais de confort (coiffeur, télévision ...) peuvent être ou non inclus dans le prix de journée. Toutefois, aucun supplément non repris dans la convention d'hébergement ne pourra être réclamé.

---

par le biais d'un formulaire E121. Ils ne sont pas considérés comme bénéficiaires. Enfin, les patients sont affiliés auprès de l'Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer, auprès de l'Institut National des Invalides de Guerre ou auprès de la Caisse en faveur des marins ... ne sont pas non plus considérés comme des bénéficiaires.

<sup>127</sup> R. VERNIEST, *loc. cit.*, p.3.

<sup>128</sup> Une convention en double exemplaire doit être signée entre le gestionnaire de la maison de repos ou le directeur et le résident et/ou son représentant ; elle doit être datée et signée par les parties. Ce texte doit notamment mentionner le prix journalier ou mensuel d'hébergement ou d'accueil et les services qu'il couvre. Ce prix peut varier en fonction des éléments architecturaux particuliers et des caractéristiques de la chambre occupée. Pour chacun de ces prix, les éléments particuliers et caractéristiques seront clairement définis dans la présente convention. le minimum couvert par le prix de journée est défini par l'Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998, *Op. cit.*, Cf. Annexe 5

Pour les indépendants, ce type d'hébergement est considéré, jusqu'en juin 2006, comme un « petit risque » et n'est donc pas couvert par l'assurance soins de santé obligatoire<sup>129</sup>. Toutefois, la majorité de ces patients ont une assurance complémentaire auprès de la mutuelle qui couvre ce "petit risque"<sup>130</sup>.

### *Le prix de journée*

Selon les données du Ministère de l'économie, le prix de journée moyen (les suppléments compris) en Région wallonne est de 30,19 €. Ce prix a augmenté de 7 % entre 1998 et 2003, ce qui correspond environ au rythme de l'inflation. Toutefois, ces chiffres sont des moyennes c'est-à-dire qu'il y a pu avoir des augmentations bien plus importantes dans certaines institutions.

A l'instar de la participation financière de l'usager, il n'est pas facile de comparer les prix de journée car :

- les services couverts par le prix de journée varient considérablement d'un établissement à l'autre<sup>131</sup> ;
- le prix de journée peut varier en fonction de la situation de l'établissement, de sa taille, du nombre de personnes nécessitant des soins lourds ...

**Tableau 13: Evolution du prix mensuel moyen (en €mois)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Région flamande</b>	1016,26	1031,205	1040,355	1055,91	1075,735	1088,85	1117,52
<b>Région wallonne</b>	<b>860,405</b>	<b>871,08</b>	<b>879,315</b>	<b>893,955</b>	<b>911,645</b>	<b>920,795</b>	<b>939,4</b>
<b>Région bruxelloise</b>	991,25	1005,585	1013,82	1050,115	1069,33	1082,14	1103,795
<b>Belgique</b>	932,995	945,805	954,04	971,73	990,945	1002,535	1024,495

Source : MSP, in [www.websenior.be](http://www.websenior.be)

Les suppléments représentent en moyenne 7,7 % par rapport au prix de journée mais peuvent varier d'une institution à l'autre. C'est la raison pour laquelle le Ministère des affaires économiques a rédigé en 2003 un avant-projet d'arrêté visant à « imposer aux maisons de repos une politique de prix "all in" plus transparente pour le résident qui serait ainsi mieux armé pour comparer les prix pratiqués dans les différentes institutions »<sup>132</sup>.

Selon les données de l'INAMI, le prix de journée moyen s'élève à 30,71 € en Région wallonne en 2004 et à 30,56 € en province de Luxembourg. Ce dernier a augmenté de 5 % entre 2001 et 2004. Le tableau ci-dessous montre que les tarifs du secteur privé non lucratif de la province de Luxembourg sont en moyenne 3 % inférieurs à ceux des CPAS et 12 % inférieurs à ceux du secteur lucratif. Toutefois, rappelons que ces données sont difficilement comparables dans la mesure où les prix de journée couvrent des réalités différentes.

<sup>129</sup> Le régime des indépendants ne couvre que les "gros risques" relatifs à la maladie : l'hospitalisation, les médicaments délivrés lors de l'hospitalisation, les accouchements, les interventions chirurgicales importantes, l'anesthésie, l'imagerie médicale, le matériel de synthèse, les soins en maison de repos et de soins, la réadaptation ... Ces affiliés peuvent contracter librement, auprès d'une mutualité ou d'une compagnie d'assurances privée, une assurance libre « petits risques » qui leur accorde la même couverture que celle offerte aux affiliés du régime général. Pour plus d'information, cf. GEIE Luxlorsan, *Op. cit.*, pp.26-28.

<sup>130</sup> INAMI, *Maison de repos pour personnes âgées - Maisons de repos et de soins - Nouveau mode de financement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004*, s.l., Journées d'études 23-24 juin 2003, p.7.

<sup>131</sup> Le prix de journée d'une MR doit néanmoins inclure un certain nombre d'éléments. Cf. Annexe 6.

<sup>132</sup> SPF Affaires économiques, Rapport d'activité 2003.

**Tableau 14 : Evolution du prix mensuel moyen (au 1<sup>er</sup> trimestre) (en €/mois)**

Région	Type d'institution	2001	2002	2003	2004
Belgique	CPAS	973,6	992,8	1006,2	1018,7
	Privé lucratif	946,6	964,8	1013,5	994,3
	Privé non lucratif	1054,5	1074,0	1094,1	1112,0
	<b>Total</b>	972,4	990,7	1008,9	1021,7
Région wallonne	CPAS	867,8	883,0	898,8	906,1
	Privé lucratif	897,3	914,0	929,2	938,1
	Privé non lucratif	908,9	928,0	946,0	961,8
	<b>Total</b>	894,3	911,3	938,1	936,8
Prov. de Luxembourg	CPAS	831,3	853,2	878,1	885,4
	Privé lucratif	921,6	947,2	947,8	963,0
	Privé non lucratif	798,7	829,8	841,6	860,8
	<b>Total</b>	887,0	907,0	923,8	932,0

Source : INAMI

En 2004, les tarifs moyens en province de Luxembourg oscillent entre 885,4 et 963 €/ mois.

Le prix mensuel moyen mentionné par les établissements ayant répondu à l'enquête LLS est de 884,5 € Les prix oscillent entre 605 € et 1342 €

#### *Tableau synthétique*

En somme, les principales sources de financement des MR sont l'intervention de l'INAMI et la participation financière de l'utilisateur.

**Tableau 15 : Sources de financement des MRS et MR**

Sortes de frais	Quoi ?	Qui paie ?
Frais pour les soins dispensés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins dispensés par le personnel infirmier et soignant</li> <li>▪ Logopédie</li> <li>▪ Assistance dans les actes de la vie journalière et tout acte de réactivation et intégration sociale, y compris l'ergothérapie</li> <li>▪ Matériel de soins : désinfectants, pansements, compresses stériles, éther et matériel d'injection</li> <li>▪ Dans les MRS et certaines MR : la formation du personnel en soins palliatifs</li> <li>▪ Dans les MR : le coût d'un médecin coordinateur et conseiller</li> <li>▪ Uniquement dans les MRS : kinésithérapie (Cf. infra)</li> </ul>	<b>INAMI :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intervention forfaitaire par résident par jour</li> </ul>
Frais pour d'autres prestations reprises dans l'assurance maladie obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médicaments, consultations du médecin, matériel d'incontinence, biologie clinique, ...</li> <li>▪ Uniquement dans les MR : kinésithérapie</li> </ul>	<b>INAMI :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remboursement sur la base de la nomenclature des prestations médicales</li> </ul> <b>Le résident ou celui qui défend ses droits (famille, CPAS) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le ticket modérateur</li> <li>▪ Les suppléments éventuels</li> </ul>
Autres frais pour les soins dispensés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins des pieds, alimentation diététique, matériel de soins pour lequel aucune intervention n'est prévue, matériel d'incontinence, produits hygiéniques, ...</li> </ul>	<b>Le résident ou celui qui défend ses droits (famille, CPAS) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soit compris dans le prix journalier</li> <li>▪ Soit facturés comme supplément</li> </ul>
Frais de séjour	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frais de séjour dans l'établissement</li> <li>▪ Les établissements ayant adhéré à la convention nationale doivent au moins compter dans les frais de séjour les frais de logement et d'hôtel ainsi que les frais pour les alaises et l'entretien des draps de lit</li> </ul>	<b>Le résident ou celui qui défend ses droits (famille, CPAS) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le prix journalier</li> </ul>
Frais de confort	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soins des cheveux, lessive personnelle et repassage, TV, service en chambre, alimentation et boissons en dehors des repas ...</li> </ul>	<b>Le résident ou celui qui défend ses droits (famille, CPAS) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soit compris dans le prix journalier</li> <li>▪ Soit facturés comme supplément</li> </ul>
Investissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frais pour travaux, fournitures et prestations pour les bâtiments et l'équipement</li> </ul>	Sous certaines conditions, les autorités régionales prévoient un supplément s'élevant à un certain pourcentage des frais

Source : R. Verniest, MC-Info, 1, p.4., Mâj 2005

#### 1.2.4.3.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

La programmation des MR relève de la compétence de la Région wallonne. Toutefois, une limitation du nombre de possibilités d'accueil en MR a été convenue dans un protocole conclu entre les autorités fédérales et régionales. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, le nombre maximum de lits dans les maisons de repos et de soins a été fixé à 48 334 lits pour le Royaume<sup>133</sup>.

Selon le décret du 6 février 2003, « le programme relatif au nombre de lits de maisons de repos est fixé pour l'ensemble de la Wallonie à 6,8 lits pour cent habitants âgés de soixante ans au moins ». <sup>134</sup> La programmation se réalise de sorte que chaque arrondissement dispose de 6,3 lits pour cent habitants âgés de soixante ans au moins.

Dans ce programme, 29 % minimum des lits sont réservés au secteur public, 21 % minimum au secteur privé non lucratif et 50 % maximum au secteur privé commercial.

<sup>133</sup> Arrêté ministériel du 2 décembre 1982, *Op. cit.*, art.1.

<sup>134</sup> Décret du 6 février 2003, *Op. cit.*, art.27, 1<sup>o</sup>.

Les MR représentent la plus grande part de l'accueil institutionnel en Belgique<sup>135</sup>.

En province de Luxembourg, 50 établissements pour personnes âgées disposent d'un agrément MR. En 2004, le nombre de lits disponibles est de 2730 (y compris les 11 lits de court séjour<sup>136</sup>), soit en moyenne 55 lits par Maison de Repos (Cf. Annexe 7). Parmi celles-ci, 30 % relèvent du secteur public, 10 % au privé non lucratif et 60 % au privé commercial.

**Tableau 16 : Densités de lits MR en province de Luxembourg**

	Nombre de lits MR	Nombre de lits/ 100 ≥ 60 ans	Nombre de lits/ 100 ≥ 75 ans
Région wallonne	44912 <sup>137</sup>	6,3	16,8
Zone Interreg	2730 <sup>138</sup>	5,3	14,3
<b>Arrondissements</b>			
Arlon	477	4,6	13,0
Bastogne	443	5,5	15,2
Marche	479	4,5	12,5
Neufchâteau	774	6,4	16,5
Virton	557	5,5	14,2

Source : RW, DGASS, 2004-2005 ; INS, 2004

La densité de lits MR de la province de Luxembourg (5,3) est inférieure à celle de la Région wallonne (6,3). Les densités de lits MR / arrondissement sont également en dessous de la norme de programmation.

Parmi les établissements disposant uniquement d'un agrément MR qui ont répondu à l'enquête LLS, près de la moitié (46,8 %) sont peu dépendants (catégorie O et A) ; 15,8 % des personnes accueillies dans ces MR souffrent de démence.

**Tableau 17: Degré de dépendance des résidents en province de Luxembourg**

	O	A	B	C	Cd
Zone Interreg	219	110	143	120	111
%	31,2	15,6	20,3	17,1	15,8

Source : Enquête LLS (2004)

#### 1.2.4.4. Les maisons de repos et de soins (MRS)

##### 1.2.4.4.1. Cadre légal

###### 1.2.4.4.1.1. Définition

« Un agrément spécial comme maison de repos et de soins peut être accordé aux institutions<sup>139</sup> qui proposent une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins »<sup>140</sup>. Les MRS se distinguent de l'hôpital dans la mesure où elles accueillent des personnes qui n'ont pas besoin d'une surveillance médicale journalière ni de traitement médical et spécialisé permanent.

<sup>135</sup> En 2000, la Belgique comptait 90 768 MR agréés (soit plus de 72 %) contre 34 647 MRS in J.M. ROMBEAUX, *Op. cit.*, p.7.

<sup>136</sup> 14 lits en 2005.

<sup>137</sup> 44 892 en 2005, soit 6,3 lits / 100 PA ≥ 60 ans et 16,8 lits / 100 PA ≥ 75 ans (INS 2004).

<sup>138</sup> 2 682 en 2005, soit 5,2 lits / 100 PA ≥ 60 ans et 14,1 lits / 100 PA ≥ 75 ans (INS 2004).

<sup>139</sup> « Sont susceptibles d'obtenir l'agrément spécial comme maison de repos et de soins : 1° les maisons de repos ;

2° les services résidentiels convertis ». Un service résidentiel converti est un service créé à la suite de la conversion d'un hôpital ou d'un service hospitalier. Arrêté royal du 21 septembre 2004, *Op. cit.*, art.2.

<sup>140</sup> Arrêté royal du 21 septembre 2004, *Op. cit.*, art.2.

#### 1.2.4.4.1.2. Agrément

Pour être agréées, les MRS doivent répondre à plusieurs types de normes<sup>141</sup>. Parmi celles-ci, notons :

- Norme générale : être destinées au public-cible et disposer au minimum de 25 places ;
- Normes architecturales : mesures de prévention des incendies, espaces communs, taille des chambres<sup>142</sup> ... ;
- Normes fonctionnelles : matériels médicaux, meubles ... ;
- Convention entre le gestionnaire et le résident ;
- Comptabilité et recueil de données statistiques ;
- Normes de qualité : politique de qualité, lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie et/ou de psychogériatrie ;
- Participation et examen des suggestions et plaintes des résidents ;
- Normes d'organisation : dossiers administratifs et normes de personnel (Cf. infra).

#### 1.2.4.4.1.3. Normes de personnel

Les normes de personnel auxquelles les maisons de repos et de soins doivent se soumettre sont plus exigeantes qu'en maison de repos. A l'instar des normes en vigueur en MR, celles-ci varient en fonction de la catégorie de dépendance des résidents. En voici un aperçu<sup>143</sup> :

**Tableau 18 : Normes de personnel dans les MRS (en ETP) / 30 bénéficiaires :**

	B	C	Cd
Infirmiers	5	5	5
Soignants	5	6	6,5
Kinésithérapeute, logopède, ergothérapeute	1	1	1
Personnel de réactivation	-	0,5	0,5

Source : MC Info, n°211, Février 2004, p.3.

#### 1.2.4.4.2. Financement et participation financière de l'utilisateur

Le mode de financement des maisons de repos et de soins est similaire à celui appliqué aux maisons de repos. Toutefois, étant donné que le degré de dépendance des personnes hébergées en MRS est globalement plus important, le montant forfaitaire/résident/jour est généralement plus élevé qu'en MR. De plus, contrairement aux MR, les coûts de kinésithérapie sont pris en charge dans les MRS, ainsi que les coûts d'un médecin coordinateur et conseiller et les coûts pour la formation du personnel en soins palliatifs.

Les frais supportés par les usagers sont identiques à ceux des résidents en MR (Cf. supra). Toutefois, pour les indépendants, ce type d'hébergement est considéré comme un « gros risque » et est par conséquent couvert par l'assurance soins de santé obligatoire. Etant donné qu'ils sont considérés comme "bénéficiaires", leur degré de dépendance intervient dans la fixation du forfait journalier octroyé par l'INAMI.

Selon l'enquête LLS, le prix mensuel moyen indiqué par les MRS ayant répondu au questionnaire est identique à celui des MR (884,5 €). L'écart entre les prix minimum et maximum est toutefois moindre (de 793 € à 1061 €).

<sup>141</sup> *Ibidem.*, Annexe 1.

<sup>142</sup> Notons qu'il ne peut y avoir plus de 4 lits par chambre et qu'à partir de 2010, la surface nette par chambre à un lit doit au moins s'élever à 12 m<sup>2</sup>, les sanitaires non compris et celle des chambres à deux lits est portée à 18 m<sup>2</sup>.

<sup>143</sup> Ces normes de personnel ne sont pas absolues en ce sens que des règles compensatoires ont été incorporées en cas de pénurie.

#### 1.2.4.4.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

La programmation des lits MRS incombe aux autorités fédérées. Toutefois, le 9 juin 1997, l'autorité fédérale et les autorités communautaires et régionales ont conclu un protocole d'accord pour arriver à une politique cohérente en matière de soins de santé. Ce texte prévoit la reconversion, étalée sur cinq ans (1998-2002), de 25 000 lits de maisons de repos en lits de maisons de repos et de soins sur l'ensemble du Royaume. En Région wallonne, ce nombre équivalait à 1584 nouveaux lits par an.

**Tableau 19 : Répartition des 25 000 lits MRS sur la base du nombre de personnes de plus de 80 ans en 1997**

	80 ans et +	%	25 000 MRS
Flandre	212 879	56,42	14 105
<b>Wallonie</b>	<b>119 575</b>	<b>31,69</b>	<b>7 922</b>
Bruxelles	44 851	11,89	2 973
Total	377 305	100	25 000

Source : INS, 1997

Le nombre maximum de lits MRS au 1<sup>er</sup> janvier 2003 a été fixé à 48 334<sup>144</sup>. Ceci représente une croissance de 92 % par rapport à 1998.

Ce protocole vise essentiellement :

- à une requalification de lits MR en lits MRS ;
- à une maîtrise de l'offre de lits MR et MRS ;
- au développement de services de maintien à domicile.

Un nouveau protocole d'accord a été convenu pour 2003. Celui-ci laisse une plus grande autonomie aux Régions. En effet, le protocole ne fixe plus strictement la manière dont la Région wallonne doit répartir les moyens budgétaires alloués. Ainsi, la Région wallonne disposant de 382 "équivalents lits MRS" supplémentaires peut ouvrir de nouveaux lits MRS ou, grâce aux règles de reconversion<sup>145</sup>, proposer des formes alternatives de prise en charge des personnes âgées (ex. : centres de court séjour). Etant entendu que lors de ce protocole, la Région wallonne s'est engagée à favoriser l'autonomie des personnes âgées et a fortiori à retarder leur hébergement en MRS, une partie du budget doit être consacrée à la mise en œuvre de nouvelles formes d'accueil<sup>146</sup>.

En province de Luxembourg, 20 établissements bénéficient d'un agrément MRS. Ceux-ci représentent 715 lits, soit en moyenne 36 lits par maison de repos et de soins (Cf. Annexe 8). Parmi ceux-ci, 63,7 % des établissements sont publics, 30,3 % sont des établissements privés commerciaux et 7 % des privés non lucratifs.

<sup>144</sup> Arrêté ministériel du 2 décembre 1982, *Op. cit.*, art.1.

<sup>145</sup> Exemple : Le prix d'un lit MRS supplémentaire équivaut à 3,21 places pour le court séjour.

<sup>146</sup> Exemple : Collaboration d'un service de soins à domicile avec une maison de repos afin de garantir la continuité des soins à domicile 24 h sur 24 (la personne âgée à domicile peut activer un numéro d'appel pour les infirmiers de la MR).

**Tableau 20 : Densité de lits MRS en province de Luxembourg**

	Nombre de lits MRS	Nombre de lits/ 100 ≥ 60 ans	Nombre de lits/ 100 ≥ 75 ans
Région wallonne	13 520 <sup>147</sup>	1,9	5,0
Zone Interreg	715	1,4	3,8
<b>Arrondissements</b>			
Arlon	50	0,5	1,4
Bastogne	131	1,6	4,5
Marche	159	1,5	4,1
Neufchâteau	194	1,6	4,1
Virton	181	1,8	4,6

Source : RW, DGASS, 2004-2005 ; INS, 2004

Nous constatons que les densités de lits MRS en Province de Luxembourg sont inférieures à celle de la Région wallonne. De plus, l'arrondissement d'Arlon semble sous-doté par rapport aux autres arrondissements de la province.

Parmi les établissements disposant uniquement d'un agrément MRS qui ont répondu à l'enquête LLS, près de 3/4 des personnes accueillies sont fortement dépendantes (catégories B, C et Cd). Parmi celles-ci, la moitié souffrent de démence.

**Tableau 21 : Degré de dépendance des résidents en province de Luxembourg**

	0	A	B	C	Cd
Zone Interreg	51	52	69	76	133
%	13,4	13,6	18,1	19,9	34,9

Source : Enquête LLS (2004)

<sup>147</sup> 13 561 en 2005, soit 1,9 lits / 100 PA ≥ 60 ans et 5,1 lits / 100 PA ≥ 75 ans (INS 2004)



### 1.2.4.5. Tableau synthétique

**Tableau 22 : Accueil résidentiel - Synthèse comparative**

	Public	Objectifs	Missions	Normes de personnel	Programmation	Financement	Part à charge	Offre PL
<b>CCSj</b> AGW 3/12/03	60 et +	Assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique	Prise en charge temporaire (max. 3 mois)	Cf. normes de la MR/MRS	7,8 lits / 10 000 PA (5 à 10 lits / 10 000 PA/ arrond.)	Cf. mode de financement de la MR/MRS	Cf. part à charge dans la MR/MRS	14 lits, soit 2,7 / 10 000 PA
<b>Rés. serv.</b> Déc. 7/6/1997	60 et +	Permettre aux PA de mener une vie indépendante	Offre permanente de services	1 directeur Pers. en suffisance Serv. ext. et prest. indép. liés par conv.	2 logements / 100 PA / arrond. Entre 5 et 50 log./RS	Pas directement subsidiables Part à charge de l'utilisateur	Coût d'hébergement Serv. de confort Tickets modérateurs	2 RS avec 20 appart., soit une densité de 0,04/100 PA
<b>MR</b> Déc. 7/6/1997	60 et +	Hébergement de PA	Offre de serv. coll. fam., ménagers, aide et soins inf. et paraméd.	1 directeur Hôtel.: 1ETP/15 PA Soins : 1,5 ETP/10 PA	Moratoire - Min 6,3 lits/100 PA/arrond. Entre 26 et 150 lits/MR	Forfait AMI/PA/jr fct de la dpdc des bénéf. Part à charge de l'utilisateur	Coût d'hébergement Serv. de confort Tickets modérateurs	50 MR avec 2730 lits, soit 5,3 lits/100 PA
<b>MRS</b> AR 2/12/1982	Personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins	Assurer le bien-être psychique et physique des pers. dépendantes	Offrir des soins et services appropriés à chaque résident	Inf.: 5 ETP/30 pers. Soins : 5 - 6,5 ETP / 30 pers. (fct dpdc) Kiné., ergo.,logo.: 1 ETP/ 30 pers. Réactiv. : 0-0,5 ETP/ 30 pers (fct dpdc)	Moratoire Min. 25 lits/MRS	Forfait AMI/PA/jr fct de la dpdc des bénéf. Part à charge de l'utilisateur	Coût d'hébergement Serv. de confort Tickets modérateurs	19 MRS avec 715 lits 1,4 lits/100 PA

## 1.2.5. Les services hospitaliers

### 1.2.5.1. Cadre légal

Les services hospitaliers ne sont pas, par nature, destinés à prodiguer des soins de longue durée en ce sens que tout est mis en œuvre pour que le patient puisse réintégrer au plus vite son domicile ou être admis dans une institution dont la vocation est la prise en charge de longue durée.

Néanmoins, trois types de services méritent d'être mentionnés dans le cadre des soins aux personnes âgées :

- Le service Sp est un service hospitalier spécialisé dans le traitement et la réadaptation de patients atteints d'affections cardio-pulmonaires (S1), locomotrices (S2), neurologiques (S3), psychogériatriques (S6), chroniques (S9), de polyopathologies chroniques (S5) ou en soins palliatifs (S4). Les patients visés nécessitent un traitement médical spécialisé, des soins infirmiers, une réadaptation fonctionnelle et une réactivation en milieu hospitalier et requièrent une prise en charge active et prolongée, mais de durée limitée.  
Les unités spécialisées en psychogériatrie au sein des hôpitaux généraux et psychiatriques assurent le traitement intensif des pathologies psychiques lourdes c'est-à-dire lorsqu'il est souvent question de co-morbidité. Dans les hôpitaux généraux, ces unités soignent plutôt des patients où prédominent des problèmes somatiques, tandis que les hôpitaux psychiatriques ont davantage d'expertise au niveau de la prise en charge de troubles psychiatriques graves.
- Le service gériatrique (service G) peut être qualifié de dispositif temporaire pour personnes âgées. Celui-ci est destiné aux personnes qui ont besoin de soins spécialisés et qui souffrent de troubles aigus ou évolutifs.  
En principe, l'admission dans ce service n'est subordonnée à aucun critère d'âge. Toutefois, l'âge moyen du service s'élève globalement à 75 ans au moins.  
La durée moyenne du séjour ne peut excéder 3 mois. En 2002, celle-ci s'élevait à 24 jours.
- Différents hôpitaux belges ont créé des unités aiguës gérontopsychiatriques. Toutefois, celles-ci ne font pas l'objet d'une norme légale. Ces services, accueillant des personnes âgées présentant des troubles psychiques pour une durée maximale de trois mois, ont principalement un rôle de diagnostic et de traitement de courte durée.

### 1.2.5.2. Financement et participation financière de l'utilisateur

En Belgique, les règles de financement sont identiques pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

Soixante pour cent des « frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils (...) »<sup>148</sup> sont subventionnés par la Région, le reste étant couvert par le prix de journée.

Par ailleurs, le Ministre de la Santé publique fixe, dans les limites d'un budget global, un budget des moyens financiers pour chaque hôpital essentiellement destiné à couvrir le personnel soignant, les frais de fonctionnement et l'amortissement de l'infrastructure. Ce budget est fixé sur base de l'activité hospitalière (Résumé Clinique Minimum)

Le budget de fonctionnement représente environ 50 % des recettes des hôpitaux et est financé à 75 % par l'assurance obligatoire soins de santé et à 25 % par l'Etat fédéral.

Les organismes assureurs paient un prix de journée — fixé par le Ministre de la Santé publique, pour ses assurés hospitalisés. Ils paient également à l'hôpital les parts des honoraires et des médicaments qui lui reviennent.

---

<sup>148</sup> Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.46.

Le patient supporte une intervention personnelle pour le prix de journée ainsi que d'éventuels suppléments.

La quote-part du patient varie selon la catégorie d'assurés à laquelle il appartient.

**Tableau 23 : Quote-part du patient (en €)**

Bénéficiaires	1er jour	A partir du 2ème jour	A partir du 91ème jour en HG et HP
Titulaires ordinaires sans charge de famille	39,83	12,56	12,56
Titulaires ordinaires avec charge de famille	39,83	12,56	4,46
Enfants à charge de titulaires ordinaires	31,73	4,46	4,46
Titulaires ayant droit à l'intervention majorée et leurs personnes à charge	4,46	4,46	4,46
Certains chômeurs de longue durée et leurs personnes à charge	31,73	4,46	4,46

A partir de la 6<sup>ème</sup> année dans un hôpital psychiatrique, le patient paie quotidiennement :

**Tableau 24 : Quote-part du patient en hôpital psychiatrique (> 6 ans)**

Titulaires ayant droit à l'intervention majorée avec charge de famille et leurs personnes à charge	4,46
Titulaires avec charge de famille et leurs personnes à charge	
Certains chômeurs de longue durée avec charge de famille et leurs personnes à charge	
Titulaires ayant droit à l'intervention majorée sans charge de famille	12,56
Certains chômeurs de longue durée sans charge de famille	
Autres titulaires	20,93

Les montants de la première journée sont automatiquement facturés à chaque nouvelle hospitalisation, sauf aux personnes ayant droit à l'intervention majorée et leurs personnes à charge.

Outre le prix de journée, le patient paie à chaque admission un montant forfaitaire pour un certain nombre de prestations<sup>149</sup> ainsi qu'un forfait pour les médicaments, indépendamment de la consommation réelle<sup>150</sup>.

Par ailleurs, le patient peut également être amené à payer des tickets modérateurs (ex. prestations techniques) et à supporter des suppléments liés au type de chambre choisi, aux prestations de confort, aux honoraires des médecins ...

### 1.2.5.3. Programmation et offre de services en province de Luxembourg

Selon l'arrêté royal du 20 décembre 1999, le nombre maximum de lits des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation index Sp en affections psychogériatriques est de 0,07 lit par habitant<sup>151</sup>.

<sup>149</sup> Lors de chaque nouvelle admission dans un hôpital général, un titulaire ordinaire paie un montant forfaitaire pour un certain nombre de types de prestations, qu'il ait ou non reçu ces prestations :

- 16,40 € pour les prestations techniques ;
- 7,44 € pour la biologie clinique (examens de laboratoire) ;
- 6,20 € pour l'imagerie médicale (radiologie).

Les patients ayant droit à l'intervention majorée de même que leurs personnes à charge ne paient qu'une contribution forfaitaire pour l'imagerie médicale (1,98 €).

Lors de l'admission en hôpital psychiatrique, seul le forfait de 16,40 € pour les prestations techniques est porté en compte, sauf aux bénéficiaires de l'intervention majorée et leurs personnes à charge.

<sup>150</sup> Dans un hôpital général, ce montant est de 0,62 € pour tous les médicaments remboursables. Le coût des médicaments non remboursables (catégorie D) est totalement à charge du patient. Dans un hôpital psychiatrique, le patient paie chaque jour 0,8 € pour tous les médicaments, y compris les médicaments non remboursables.

<sup>151</sup> Arrêté royal du 20 décembre 1999 modifiant l'arrêté royal du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers (MB : 03/03/2000), art.1.

Toutefois, afin de répondre à la demande croissante de prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques, la norme de programmation des lits de psychogériatrie a été dernièrement revue à la hausse et est passée à 0,23 place pour 1000 habitants.

Pour bénéficier de l'agrément, le service de gériatrie d'un hôpital doit comporter au minimum 24 lits. Par ailleurs, conformément à l'arrêté royal du 16 juin 1999<sup>152</sup>, la désaffectation de 1 lit G peut donner lieu à la création de 0,79 lit Sp.

Les trois hôpitaux généraux disposent de lits gériatriques (Cf. Annexe 9). Leur densité est de 2,5 lits pour les personnes âgées de plus de 60 ans, contre 3,1 en Région wallonne.

**Tableau 25 : Services gériatriques en province de Luxembourg**

Zone	Nombre de lits	Densité/ 1000 habitants	Densité / 1000 > 60 ans
Région wallonne	2227	0,66	3,1
Zone Interreg	126	0,49	2,5

Source : Belgium Hospital Association, 2002 ; Population 2004

Aucun service S6 n'est recensé en province de Luxembourg alors que la densité de lits psychogériatriques est de 0,13 / 1000 habitants en Région wallonne.

#### 1.2.6. Tableau synthétique : Normes et offre de structures (semi-)résidentielles en province de Luxembourg

**Tableau 26 : Structures (semi-)résidentielles - Comparaison de l'offre et de la programmation**

	CAJ	CSJ	CCS	RS	MR	MRS	Services hospitaliers	
							G	S6
<b>Unités</b>	Par 100 PA / arrond.	Par 1000 PA	Par 10 000 PA	Par 100 PA / arrond.	Par 100 PA / arrond.	Moratoire (par 1000 PA)	n.d. (par 1000 habitants)	Par habitant
<b>Indice</b>	2	1,5	7,8	2	6,3	n.d.	n.d.	0,23
<b>RW</b>	0,05 (Moyenne)	0,2	2,4	0,1 (Moyenne)	6,3 (Moyenne)	1,9	0,5	0,1
<b>PL</b>	0,06 (Moyenne)	0,1	2,2	0,04 (Moyenne)	5,3 (Moyenne)	1,4	0,5	0

<sup>152</sup> Arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers (MB : 29/09/1999), art.6.

## 2. La prise en charge des personnes âgées en France

Le système français de prise en charge des personnes âgées en France est très diversifié. Il se caractérise par une multiplicité de prestations, d'intervenants et de financeurs.

Parallèlement au paiement des retraites (retraite de base et retraite complémentaire) et à la prise en charge des soins dans le cadre de l'Assurance Maladie, il existe différentes aides et allocations à caractère social. Ces allocations non contributives sont versées aux personnes âgées afin de leur assurer un niveau de vie suffisant et de leur permettre l'accès à des soins de qualité.

Cependant, la France se trouve aujourd'hui confrontée à une croissance importante du nombre de personnes âgées, et plus principalement du nombre de personnes âgées dépendantes.

En effet, selon les résultats d'une enquête de l'INSEE réalisée sur la période 1998/2001<sup>153</sup> sur les 12,1 millions de personnes âgées de plus de 60 ans vivant en France, 800 000 présentent des problèmes de perte d'autonomie et sont évaluées selon la grille nationale d'évaluation de la dépendance en GIR 1 à 4<sup>154</sup>. Parmi ces personnes, 530 000 se situeraient en GIR 1 à 3 (degrés de dépendance les plus élevés) et 260 000 en GIR 4, soit au total 6.6% de la population des 60 ans et plus.

Ainsi la question de la prise en charge de la dépendance est devenue un enjeu important pour les pouvoirs publics, les collectivités et les familles. Dans ce contexte, de nombreuses réformes ont vu et voient le jour.

La dernière réforme en date, annoncée par le Premier Ministre comme une " réforme sociale d'envergure "<sup>155</sup> met en place un dispositif de solidarité pour l'autonomie financé grâce à la suppression d'un jour férié ou d'un jour d'ARTT<sup>156</sup> au titre de la solidarité nationale et par une cotisation de 0.3% sur la masse salariale et les revenus du capital. Ce plan, prévu sur 4 ans<sup>157</sup>, devrait permettre de favoriser le maintien à domicile grâce à la création de 30 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>158</sup>, la modernisation de plus de 6 000 maisons de retraite et la création de 1 800 emplois de soignants<sup>159</sup>.

Concrètement, la prise en charge des personnes âgées peut prendre deux formes :

- Le maintien à domicile grâce à l'intervention des aidants professionnels et/ou informels;

---

<sup>153</sup> Enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE d'octobre 1998 à fin de l'année 2001 relative aux conséquences des problèmes de santé dans la vie quotidienne des personnes vivant à domicile ou en institution - Rapport de la DREES 2003.

<sup>154</sup> Le degré de dépendance est évalué en France sur la base de la grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie instituée par la loi du 24 juillet 1997. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie. GIR 1 (niveau de dépendance le plus élevé) → GIR 6 (niveau de dépendance le moins élevé).

<sup>155</sup> Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées parue au JO du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

<sup>156</sup> ARTT : accord sur la réduction du temps de travail relatif à la mise en place des 35 heures.

<sup>157</sup> Plan chiffré à 850 millions d'euros par an.

<sup>158</sup> Les SSIAD ont pour but d'éviter ou de retarder l'entrée en établissement spécialisé des personnes âgées malades ou dépendantes en prévenant ou ralentissant la dégradation de leur état de santé.

Prévue dans la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, leur réglementation ne sera précisée que 6 ans plus tard par le décret n°81-448 du 8 mai 1981.

<sup>159</sup> Les notices de la documentation française 2004.

- L'hébergement en institution.

La solution du maintien à domicile étant privilégiée par les pouvoirs publics, des efforts ont été consentis par les collectivités locales et autres partenaires (associations, assurance maladie, caisse de retraite...) pour développer progressivement les services d'aide à domicile (aide ménagère, soins à domicile, portage des repas, télé-alarme)<sup>160</sup>. Toutefois, certaines de ces aides restent encore insuffisantes, mal réparties géographiquement ou difficiles à coordonner.

En ce qui concerne l'hébergement collectif (services de long séjour, maisons de retraite, logements-foyers), le vieillissement des personnes hébergées et l'entrée en établissement à un âge de plus en plus avancé ont rendu nécessaire l'augmentation de places médicalisées (lits de long séjour et de section de cure médicale). Celles-ci sont passées de 70 000 à 167 000 entre 1982 et 1990. Depuis quelques années, des promoteurs privés créent également de nombreux établissements, peu accessibles financièrement à la majorité des personnes âgées.

## **2.1. Les allocations accordées aux personnes âgées en France**

La réglementation en matière d'aide sociale est définie par le décret du 15 novembre 1954. Le titre III du livre II du Code de l'Action Sociale et des familles (art.L.157 à L.165) organise plus spécifiquement l'aide en faveur des personnes âgées.

Diverses aides et allocations à caractère social peuvent être versées aux personnes âgées pour leur permettre d'atteindre un revenu minimal. Le minimum vieillesse ne constitue donc pas en tant que tel une prestation mais garantit un minimum de revenus à toute personne âgée bénéficiant de faibles ressources.

Une allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) va se substituer, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, à l'ensemble des prestations constituant le minimum vieillesse. L'ASPA sera versée aux personnes de plus de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) sous conditions de ressources<sup>161</sup>. Des décrets d'application doivent paraître prochainement à ce sujet, mais pour l'heure, les personnes âgées restent soumises au dispositif de minimum vieillesse.

La prise en charge de la dépendance a vu le jour avec l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) en vigueur entre 1997 et 2001. Cette prestation, accordée aux personnes très dépendantes disposant de revenus modestes, a été remplacée en 2001<sup>162</sup> par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Fin septembre 2004, 837 000 personnes âgées bénéficiaient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie<sup>163</sup>.

### **2.1.1. Répartition des compétences**

---

<sup>160</sup> Les personnes âgées peuvent s'adresser à une structure d'aide à domicile ou employer directement une personne.

Les structures d'aide à domicile peuvent soit agir dans un cadre mandataire et servir d'intermédiaire entre la personne âgée et l'aidant professionnel, soit dans un cadre prestataire et la structure facture directement un service à la personne âgée.

<sup>161</sup> Les demandeurs devront au préalable faire valoir leur droit à pension (retraite de base et complémentaire).

<sup>162</sup> Loi du 10 juillet 2001.

<sup>163</sup> Etudes et résultats 30 décembre 2004.

Les compétences en matière d'action sociale sont partagées entre 3 acteurs territoriaux : le Département, la Commune et l'Etat.

Le véritable acteur de l'action sociale en France est le Département (Conseil Général) qui a une compétence de principe.

Le Conseil Général exerce un certain nombre de prérogatives telles que :

- L'adoption du règlement départemental de l'aide sociale ;
- La définition du schéma départemental qui précise la nature des besoins sociaux dans le département et les perspectives de développement ;
- L'élaboration d'un plan gérontologique départemental comportant des données démographiques, un bilan de la coordination départementale, la répartition et l'évaluation des moyens tels que l'hébergement collectif, les services de soins infirmiers à domicile,...
- L'autorisation de création d'établissements;
- L'habilitation à l'octroi de l'aide sociale;
- La fixation et la modification des prestations offertes par les établissements et services habilités.

La commune participe au financement des dépenses d'aide sociale du département et peut créer des foyers et d'autres services d'aide à domicile, par exemple " *fournir aux personnes âgées des repas à prix modérés et des salles d'accueil*" <sup>164</sup>.

L'Etat est uniquement compétent en matière d'allocation pour les personnes âgées non bénéficiaires du minimum vieillesse et pour celles qui n'ont pas de "domicile de secours"<sup>165</sup>.

### **2.1.2. Le minimum vieillesse**

Les allocations de base et l'allocation supplémentaire permettent à toute personne âgée de plus de 65 ans privée de ressources suffisantes (ou toute personne de plus de 60 ans reconnue inapte au travail) et qui réside en France (concerne les nationaux et titulaires d'un titre de séjour régulier sur le territoire) de disposer du minimum vieillesse <sup>166</sup>

L'allocation de base est constituée de différentes prestations :

- l'allocation aux vieux travailleurs salariés ou non salariés,
- le secours viager (accordé au conjoint d'un assuré décédé),
- l'allocation aux mères de famille (qui ont élevé au moins 5 enfants),

---

<sup>164</sup> Article 163 du Code de l'Action Sociale et des familles.

<sup>165</sup> Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation (article L.122-2 du CASF). Mais cette règle subit des exceptions, en particulier lorsque la personne est admise dans un établissement sanitaire ou social ou accueillie. Dans cette dernière hypothèse, le domicile de secours est celui acquis avant l'entrée dans un tel établissement. Cette règle a été instituée afin que les départements qui ont créés de nombreuses structures d'accueil ne soient pas pénalisés.

<sup>166</sup> Article 113 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

- l'allocation spéciale vieillesse (pour ceux qui n'ont aucune ressource).

Ces allocations ne sont pas cumulables mais peuvent être complétées par une allocation supplémentaire permettant d'atteindre le seuil du minimum vieillesse fixé en 2005 à :

Nbre de personnes au foyer	Montant annuel en €	Montant mensuel en €
Personne isolée	7 052,97	587,75
Ménage	12 652,37	1 054,36

Source : Guide des prestations sociales 2005 - Alain DELORME

### L'allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS)

L'Allocation aux vieux travailleurs salariés est versée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) ou la Caisse Départementale de Mutualité Sociale Agricole pour les personnes relevant du régime agricole.

Elle est accordée sous conditions de ressources et d'activité.

Les ressources du requérant (personne isolée ou ménage) doivent être inférieures <sup>167</sup>:

- au ¼ du plafond annuel fixé par arrêté ministériel au cours des 3 derniers mois qui précèdent la date d'effet de l'allocation ou,
- au plafond annuel au cours des 12 derniers mois qui précèdent la date d'effet de l'allocation.

En 2005, ces plafonds sont de :

Nbre de personnes au foyer	Plafond annuel en €	Plafond trimestriel en €
Personne isolée	7 223,45	1 805,86
Ménage	12 652,36	3 163,09

Source : Guide des prestations sociales 2005 - Alain DELORME

Si les ressources sont supérieures à ces limites, une allocation différente pourra être servie.

Concernant l'activité du requérant, le demandeur doit en outre justifier :

- d'une activité salariée de 25 ans ou d'une durée de 5 ans pour une activité effectuée après l'âge de 50 ans et,
- d'un revenu annuel au moins égal à :
  - 800 fois le SMIC horaire des années considérées (pour la période postérieure au 31 décembre 1971) ;
  - au montant de l'AVTS (pour la période allant de 1945 à 1971).

Le montant de l'allocation est fixé au 1<sup>er</sup> janvier chaque année.

Pour l'année 2005, son montant est de :

- 2 898,29 euros par an (241,52 euros par mois) pour une personne seule ;

<sup>167</sup> Le montant de l'allocation elle-même doit être compris dans le calcul des ressources.



- 5 796,58 euros par an (483,05 euros par mois) pour un ménage.

Une majoration de 10% est accordée lorsque le bénéficiaire a eu au moins 3 enfants qu'il a élevés pendant au moins 9 ans avant leur 16<sup>ème</sup> année.

Une seconde majoration de 609,80 euros est également accordée pour le conjoint à charge âgé d'au moins 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail), qui ne bénéficie d'aucun avantage de vieillesse ou d'invalidité, et dont les ressources, majoration comprise, ne dépassent pas le plafond de ressources pour une personne seule.

#### **L'allocation aux vieux travailleurs non-salariés (AVTNS)**

Comme l'AVTS, l'AVTNS est versée par la CRAM ou la Caisse Départementale de Mutualité Sociale Agricole.

Cette allocation est accordée aux industriels, commerçants et artisans de plus de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail reconnue) qui ne disposent pas de ressources suffisantes, à la condition d'avoir exercé pendant au moins 25 ans une activité non salariée.

Le montant de cette allocation ainsi que le plafond de ressources sont identiques à ceux de l'AVTS.

#### **L'allocation aux mères de famille (AMF)**

Cette allocation est versée sous diverses conditions à la mère de famille mariée, divorcée, séparée, abandonnée, dont le conjoint a disparu ou veuve.

Les conditions d'âge, de ressources, de résidence sont identiques à celles de l'AVTS et de l'AVTNS.

Cependant, la mère de famille doit avoir élevé au moins 5 enfants pendant au moins 9 années avant leur 16<sup>ème</sup> anniversaire et ne doit bénéficier d'aucun avantage de vieillesse qui lui soit propre (pension, rente, allocation octroyée au titre d'une législation de la sécurité sociale).

De plus, des conditions relatives au conjoint (ou à l'ex-conjoint) sont exigées. Celui-ci doit avoir exercé une activité professionnelle autre que libérale lui ayant procuré une rémunération normale pendant les 3 mois précédant la date de référence (date de décès du conjoint, du divorce, de séparation de corps, de disparition, de 65<sup>ème</sup> anniversaire de la mère...).

Cette condition peut toutefois être suppléée par le fait que le conjoint perçoit une rente ou une allocation de vieillesse au titre d'une activité professionnelle.

Le montant de cette allocation est identique à celui de l'AVTS, de même que la majoration de 10% par enfant.

#### **Le secours viager**

Le secours viager est attribué par la CRAM ou la Caisse Départementale de Mutualité Sociale agricole au conjoint survivant d'un bénéficiaire de l'AVTS ou d'une personne qui pouvait en bénéficier au jour de son décès.

Pour bénéficier de cette allocation, le conjoint survivant doit avoir au moins 55 ans. Il doit d'autre part remplir les conditions de ressources, de résidence et de nationalité exigées pour l'attribution de l'AVTS et de l'AVTNS.

Son montant et la majoration pour les enfants sont identiques à ceux de l'AVTS.

Le secours viager peut se cumuler avec une pension de retraite ou d'invalidité à concurrence de 73% du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général, soit, 903,74 euros.

### **L'allocation spéciale**

Cette allocation versée par la Caisse des Dépôts et des Consignations est accordée aux personnes qui ne bénéficient d'aucun avantage de vieillesse.

Les conditions d'octroi de cette aide sont identiques à celles de l'AVTS et de l'AVTNS, de même que son montant.

#### **2.1.3. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

La Prestation Spécifique Dépendance (PSD) a été remplacée en 2005 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie dans le but de passer d'une logique d'aide sociale à celle d'un droit, garanti à tout être humain.

Fortement décriée depuis 1997 du fait de ses aspects très inégalitaires, la PSD a fait place à une prestation qui se veut être "*universelle, égalitaire et personnalisée*"<sup>168</sup>.

A la différence de la prestation spécifique dépendance, l'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas soumise à conditions de ressources. Toute personne, quel que soit son niveau de revenu, dont la perte d'autonomie justifie qu'elle soit aidée, peut en bénéficier.

Il s'agit d'une prestation égale dont les tarifs de référence sont fixés au niveau national et qui est attribuée de façon identique sur tout le territoire.

Elle n'est pas récupérable sur la succession.

L'APA concerne l'ensemble des personnes âgées dépendantes.

Au 30 septembre 2004, on dénombrait 837 000 bénéficiaires. Selon les projections de l'INSEE, ce nombre devrait progresser fortement dans un proche avenir avec l'augmentation importante du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans à l'horizon 2010<sup>169</sup>.

L'APA est versée par les conseils généraux qui bénéficient à ce titre d'un fonds de financement dépendant du fonds de solidarité vieillesse<sup>170</sup>.

Elle est définie comme une prestation en nature dans la mesure où elle sert à compenser les dépenses effectuées en vue de pallier la perte d'autonomie.

Elle permet de prendre en charge la rémunération des intervenants à domicile et les dépenses d'aides techniques délivrées en établissement pour la part non couverte par la sécurité sociale.

---

<sup>168</sup> Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie - JO du 21 juillet 2001.

<sup>169</sup> Etude de la DREES Avril 2005.

<sup>170</sup> Le fonds de solidarité vieillesse (FSV) finance depuis 1993 les dépenses correspondant à certains avantages non contributifs. Il est abondé par des ressources d'origine fiscale dont la Contribution Sociale Généralisée (CSG) créée en 1991 pour être affectée au financement de la Sécurité Sociale, et par une participation des régimes obligatoires de retraite de base.

Le montant de l'allocation de l'APA est essentiellement déterminé par deux critères : le degré de dépendance et le fait que la personne réside ou non en établissement.

### **Les critères de la dépendance**

L'APA est versée aux personnes âgées de plus de 60 ans moyennement ou fortement dépendantes selon une grille d'évaluation nationale.

En effet, le degré de dépendance est évalué sur la base de la grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie instituée par la loi du 24 janvier 1997.

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat effectué par une équipe médico-sociale<sup>171</sup> sur les activités ou gestes de la vie quotidienne effectués ou non par la personne, et qui sont considérés comme essentiels pour un maintien à domicile<sup>172</sup>.

- **Le Groupe Iso-Ressources 1 (GIR 1)** : concerne les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. Ces personnes doivent bénéficier d'une présence indispensable et continue de la part de différents intervenants ;
- **Le Groupe Iso-Ressources 2 (GIR 2)** : regroupe d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas altérées mais qui nécessitent une prise en charge des activités de la vie courante, et d'autre part, les personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices (déplacements à l'intérieur possibles mais la toilette et l'habillage nécessitent une prise en charge totale ou partielle) ;
- **Le Groupe Iso-Ressources 3 (GIR 3)** : concerne les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle (aides pour l'élimination, la toilette, l'habillage) ;
- **Le Groupe Iso-Ressources 4 (GIR 4)** : comprend les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts (changements de positions) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Une aide est nécessaire pour la toilette et l'habillage, et parfois pour les repas. Ce groupe est également constitué de personnes sans problèmes de locomotion mais qui ont besoin d'une aide pour les activités corporelles et le repas ;
- **Le Groupe Iso-Ressources 5 (GIR 5)** : comprend les personnes autonomes dans leurs déplacements à l'intérieur du logement, qui s'alimentent seules et s'habillent seules. Cependant, une aide ponctuelle est nécessaire pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- **Le Groupe Iso-Ressources 6 (GIR 6)** : regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants<sup>173</sup> de la vie quotidienne.

Les groupes iso-ressources 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

---

<sup>171</sup> Généralement un travailleur social dépendant du Conseil Général

<sup>172</sup> Relevé des pathologies, de la dépendance, des besoins et de l'environnement socio-familial de la personne.

<sup>173</sup> Cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur, communication à distance.

## Les conditions d'attribution

Les conditions d'attribution de l'APA sont les suivantes :

- être âgé de 60 ans et plus ;
- être de nationalité française ou titulaire d'un titre de séjour régulier ;
- résider en France ;
- être reconnue par un travailleur médico-social en perte d'autonomie au regard de la grille d'évaluation nationale au niveau GIR 1 à GIR 4.

En l'absence de résidence stable, la personne âgée peut demander à élire domicile auprès d'un établissement social ou médico-social agréé. Ce sont notamment des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des mutuelles, des services d'aides à domicile...

L'allocation n'est pas soumise à condition de ressources. Néanmoins, l'allocation versée correspondant au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire est diminuée d'une participation éventuelle à la charge de la personne âgée. Ce "ticket modérateur" dépend, quant à lui, des revenus du bénéficiaire <sup>174</sup>.

Le montant de l'allocation diffère selon que le bénéficiaire réside à domicile ou en établissement.

### ▪ L'APA à domicile :

Cette prestation permet de financer tout ou partie des mesures d'un plan d'aide correspondant aux besoins jugés nécessaires pour le maintien à domicile de la personne âgée.

Ce plan est établi par une équipe médico-sociale comprenant au moins un médecin et un travailleur social.

Le plan d'aide peut prévoir les mesures suivantes :

- Aide à domicile,
- Garde de nuit,
- Accueil de jour ou temporaire,
- Portage de repas,
- Transport,
- Téléalarme,
- Aides techniques...

Sont pris en compte les revenus de la personne âgée et le degré de la perte d'autonomie évalué par l'équipe médico-sociale.

Pour 2005, les montants des plans d'aide pour les personnes âgées à domicile sont plafonnés au niveau national à :

- GIR 1 : 1 125,59 euros par mois

---

<sup>174</sup> Si l'APA est versée à l'un ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, les ressources de l'une ou des deux personnes sont calculées en divisant le total des ressources par 1.7 source DREES décembre 2003

- GIR 2 : 964,79 euros par mois
- GIR 3 : 723,59 euro par mois
- GIR 4 : 482,39 euros par mois

La participation financière restant à la charge du bénéficiaire est calculée en fonction de ses ressources.

Les personnes dont les ressources ne dépassent pas 633,73 euros par mois sont exonérées de cette participation.

La participation varie ensuite progressivement de 0 à 80% du plan d'aide.

Les personnes dont les ressources excèdent 2 525,47 euros par mois devront s'acquitter d'une participation égale à 90% du montant du plan d'aide.

Il convient de noter que, depuis le 2 avril 2003 <sup>175</sup>, l'APA à domicile peut, sur délibération du Conseil Général, être versée directement aux salariés, aux services d'aide à domicile, aux familles d'accueil à titre onéreux <sup>176</sup> ou aux établissements dont la capacité est inférieure à 25 places autorisées ou dont le GIR moyen pondéré est inférieur à 300 <sup>177</sup>.

#### ▪ L'APA en établissement

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. En effet, outre le tarif d'hébergement et le tarif de soins, les établissements facturent des tarifs dépendance correspondant aux prestations qu'ils fournissent à leur résident <sup>178</sup>.

Ces tarifs couvrent l'ensemble des prestations d'aide à la surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, non liées aux soins. Ils correspondent également aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées (ex. couches, alèses).

Les montant des tarifs sont fixés chaque année par le Conseil Général en fonction du budget présenté par chaque établissement.

Le GIR évalué pour chaque résident détermine le tarif dépendance qui lui est appliqué et donc le montant de l'allocation qui lui sera versée en fonction de ses ressources, après déduction de sa participation personnelle.

La participation laissée à la charge du bénéficiaire est au minimum égale au tarif GIR 5-6.

L'APA peut être versée par le Conseil Général à l'établissement sous la forme d'une dotation budgétaire globale (acompte mensuel <sup>179</sup>).

Elle n'inclut pas cependant la participation financière qui reste à la charge du résident.

<sup>175</sup> Loi du 30 mars 2003 et décret d'application n° 2003-278.

<sup>176</sup> Type d'accueil de personnes âgées prévu par la loi du 10 juillet 1989 : possibilité pour les personnes adultes âgées ou handicapées de vivre au domicile de familles agréées contre rémunération.

<sup>177</sup> Le GIR moyen pondéré de l'établissement est égal à la valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes âgées accueillies dans l'établissement.

<sup>178</sup> Il existe dans chaque établissement un tarif : GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6.

<sup>179</sup> Acompte dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle

▪ **Evaluation du dispositif au 31 décembre 2004**<sup>180</sup>

Selon une étude menée par la DREES en 2003, le montant moyen d'un plan d'aide pour les personnes qui résident à domicile était de 490 euros par mois et pour les personnes hébergées en institution de 256 euros par mois<sup>181</sup>.

En comparaison, une seconde enquête effectuée en 2004 fait état d'une forte augmentation du montant moyen du plan d'aide en établissement désormais fixé à 460 euros par mois.

Le montant moyen de l'APA est de 471 euros pour une personne en GIR 1 ou 2 et de 293 euros pour personne en GIR 3 ou 4 (cf. tableau).

Le montant moyen du plan d'aide à domicile reste fixé, quant à lui, à 488 euros par mois.

Ce montant augmente avec le degré de perte d'autonomie : 887 euros pour les personnes en GIR 1 contre 348 euros pour celles en GIR 4 (cf. tableau).

Au 31 décembre 2004, 59% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile et 41% en établissement.

Par ailleurs, on constate des disparités départementales dans l'évolution<sup>182</sup> en 2004 du nombre de bénéficiaires de l'APA. En Meurthe-et-Moselle et en Moselle, leur nombre a augmenté entre 8% et 13% tandis qu'en Meuse il n'a évolué qu'entre 4% et 8%.

**Montant mensuel de l'APA à domicile**

	<u>Montant moyen en euro</u>	<u>Montant moyen à la charge des conseils généraux (euro)</u>	<u>Participation financière moyenne à la charge de la personne âgée (euro)</u>	<u>Part des bénéficiaires acquittant un ticket modérateur (en %)</u>	<u>Participation financière moyenne des bénéficiaires acquittant effectivement le ticket modérateur (en euro)</u>
GIR 1	887	770	117	57	204
GIR 2	725	621	104	63	164
GIR 3	555	482	73	62	118
GIR 4	348	306	42	62	68
<b>ENSEMBLE</b>	<b>488</b>	<b>424</b>	<b>64</b>	<b>63</b>	<b>102</b>

Sources : DREES , étude et résultats, avril 2005

**Montant mensuel de l'APA en EHPA**

	<u>Ensemble</u>	<u>Intervention du conseil général (en euros)</u>	<u>Intervention du bénéficiaire (en euros)</u>
GIR 1 et 2	342	129	471
GIR 3 et 4	174	119	293
<b>ENSEMBLE</b>	<b>281</b>	<b>125</b>	<b>406</b>

Sources : DREES , étude et résultats, avril 2005

<sup>180</sup> "l'APA au 31 décembre 2004" DREES avril 2005

<sup>181</sup> "l'APA ; une analyse des disparités départementales en 2003" DREES janvier 2005

<sup>182</sup> DREES Etudes et résultats avril 2005 enquête trimestrielle auprès des conseils généraux

## 2.2. Les prestations sociales

### 2.2.1. L'aide ménagère

L'aide ménagère à domicile est attribuée aux personnes âgées de plus de 65 ans convalescentes ou en perte d'autonomie. Elle permet de les remplacer dans l'exécution de tâches domestiques courantes.

#### *Financement*

La participation financière de la personne âgée est établie en fonction de ses ressources et de sa situation familiale. L'aide sociale peut être sollicitée si les ressources de la personne sont inférieures au minimum vieillesse.

Pour bénéficier de l'aide ménagère, la personne âgée peut s'adresser directement au régime de retraite (CRAM) ou à des associations spécifiques (Association Départementale d'aide en Milieu Rural, Association D'Aide aux Personnes Agées, Garde Aide et Réconfort à Domicile). L'aide ménagère n'est pas cumulable avec l'APA.

Participation financière des retraités à l'aide ménagère : montants au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (caisses de retraite)<sup>183</sup>

Ressources mensuelles pour une personne	Ressources mensuelles pour un ménage	Participation horaire demandée
Entre le plafond départemental d'aide social et 767 EUR	Entre le plafond départemental d'aide sociale et 1 332 €	1,65 EUR
Entre 768 EUR et 822 EUR	Entre 1 333 EUR et 1 422 EUR	2,31 EUR
Entre 823 EUR et 926 EUR	Entre 1 423 EUR et 1 557 EUR	3,47 EUR
Entre 927 EUR et 1 087 EUR	Entre 1 558 EUR et 1 748 EUR	4,55 EUR
Entre 1 088 EUR et 1 137 EUR	Entre 1 749 EUR et 1 814 EUR	5,95 EUR
Entre 1 138 EUR et 1 269 EUR	Entre 1 815 EUR et 1 937 EUR	8,42 EUR
Entre 1 270 EUR et 1 451 EUR	Entre 1 938 EUR et 2 176 EUR	10,74 EUR
Au-delà de 1 451 EUR	Au-delà de 2 176 EUR	12,06 EUR

### 2.2.2. L'Aide au repas à domicile

En raison d'une perte d'autonomie, la préparation des repas est souvent une contrainte pour les personnes âgées. Ainsi, pour les soulager, elles ont le choix entre plusieurs solutions :

- Une aide à la préparation des repas à domicile ;
- Un portage de repas à domicile par un service de portage, le Centre Communale d'Action Sociale ou un service de restauration à domicile;
- La prise de repas dans un établissement d'hébergement ouvrant sa salle à manger aux non résidents.

<sup>183</sup> Documentation française service public : vos droits et démarches

### *Financement*

La personne âgée peut bénéficier d'une aide financière par le biais de l'APA servie par le Conseil Général.

#### **2.2.3. La garde à domicile**

La personne âgée peut être dans une situation difficile en raison d'une sortie d'hospitalisation, d'un handicap, d'une maladie ou de l'absence de son entourage. Elle peut alors recourir à l'embauche d'une garde à domicile pour assurer une présence auprès d'elle.

Il existe de nombreuses associations qui proposent ce type de service telles que l'ADAPA (Association d'Aide aux Personnes Agées) ou GARDE (Garde Aide et Réconfort à Domicile).

### *Financement*

Une partie des frais de garde peut être prise en charge par le régime de retraite. Pour en bénéficier, il faut s'adresser aux organismes de régime de retraite.

#### **2.2.4. Les services aux particuliers**

La personne âgée ne pouvant pas bénéficier des prestations d'aide ménagère, d'aide au repas et de garde à domicile prises en charge par un régime de retraite ou par l'aide sociale départementale peut se faire aider dans ses activités familiales et domestiques comme : le ménage, l'entretien du linge, la préparation des repas, les promenades, la garde,...

### *Financement :*

Plusieurs possibilités s'offrent à elle :

- Elle peut employer la personne de son choix et la rémunérer par chèque « emploi-de la part patronale de sécurité service ». Ce système simplifie les formalités administratives. La personne âgée emploie et rémunère directement la personne retenue qui bénéficie de divers avantages sociaux et fiscaux. En effet, les cotisations sociales sont calculées et prélevées automatiquement, en sus d'une exonération sociale pour les plus de 70 ans.
- La personne âgée peut faire appel à une association agréée au titre des emplois de services aux particuliers.  
L'agrément de l'Association par la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi permet de bénéficier d'une réduction fiscale à hauteur de 50% des frais engagés. Aussi, l'agrément « qualité » labellise les associations assurant services ou assistance, aux personnes âgées de plus de 70 ans, handicapées ou dépendantes.  
On compte les associations suivantes : ADAPA, ADMR, ...
- Enfin, il existe des associations non agréées au titre des emplois de service aux particuliers, sans agrément de qualité, ni avantages fiscaux, offrant des prestations spécifiques à la charge de la personne âgée.



### **2.3. Les structures d'hébergement et les structures œuvrant au maintien à domicile des personnes âgées**

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en réformant la loi du 30 juin 1975<sup>184</sup>, a transformé en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services médico-sociaux dédiés à quatre grandes catégories de population particulièrement fragiles<sup>185</sup> dont les personnes âgées.

Ainsi la loi qui prend place dans le nouveau code de l'action sociale et des familles (CASF) en réécrivant en totalité le titre Ier (établissements et services soumis à autorisation) du livre III de ce code confère aux « *établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* » le caractère d'établissements sociaux et médico-sociaux.

La situation des unités de soins de longue durée s'avère un peu particulière dans la mesure où ces structures conservent généralement le statut d'établissement sanitaire.

La loi du 2 janvier 2002 poursuit quatre objectifs principaux jugés peu ou prou insuffisants dans la loi de 1975 :

- Développer les droits des usagers et de leur entourage en définissant des droits fondamentaux tels que le respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité, le libre choix entre des prestations à domicile ou en établissement, un accompagnement individualisé et de qualité respectant un consentement éclairé. Pour favoriser la réalité de l'exercice de ces droits, chaque établissement social ou médico-social doit instaurer un livret d'accueil, une charte des droits et libertés, un contrat de séjour, un règlement de fonctionnement, un projet d'établissement et un conseil de la vie sociale.
- Diversifier la palette des établissements et services et les modes de prises en charge.
- Améliorer les procédures techniques de pilotage du secteur au travers de la planification et par une évaluation de la qualité.
- Instaurer une meilleure coordination entre les divers protagonistes.

#### **La répartition des compétences**

L'autorité compétente pour délivrer les autorisations<sup>186</sup> et fixer les tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux varie suivant la nature de la structure et les modalités de prise en charge financière des prestations qu'elle dispense<sup>187</sup> :

- Compétence exclusive du Président du Conseil Général pour les établissements et services dont les prestations sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue au département par la loi;

---

<sup>184</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

<sup>185</sup> Personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité ou d'exclusion et enfants et familles en difficulté

<sup>186</sup> Les autorisations sont délivrées pour 15 ans.

<sup>187</sup> Art L 313-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles

NB. Avant la loi du 2 janvier 2002, l'autorité compétente pour délivrer les autorisations était le Préfet de Région pour les établissements à compétence exclusive de l'Etat et le Préfet de Département pour ceux relevant d'une compétence conjointe de l'Etat et du Département.

- Compétence exclusive du Préfet de Département lorsque les prestations fournies par les établissements ou services sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou l'Assurance Maladie;
- Compétence conjointe des autorités du Département (Président du Conseil Général et Préfet) lorsque les prestations fournies par les établissements ou services sont susceptibles d'être prises en charge conjointement par l'Etat, les organismes de sécurité sociale et le Département.

En tant qu'établissements sanitaires, les unités de soins de longue durée relèvent de la compétence du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

### **2.3.1. Les structures œuvrant à domicile prises en charge par l'assurance maladie**

#### **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>o</sup>**

La vocation des SSIAD, précisée par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, vise à assurer, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous forme de soins techniques ou soins de base<sup>188</sup> à des personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes.

Ces services interviennent à domicile ou en établissements non médicalisés.

Les services de soins infirmiers à domicile ont ainsi pour objectifs :

- d'éviter une hospitalisation lorsque les conditions médicales et sociales le permettent ;
- de faciliter un rapide retour à domicile après hospitalisation ;
- de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des bénéficiaires ;
- d'éviter ou retarder l'admission en établissement d'hébergement médicalisé (ehpad ou unité de soins de longue durée).

Ces structures sont pour la plupart associatives, mais peuvent également être gérées par un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)<sup>189</sup> ou par des établissements privés à but non lucratif comme les sociétés mutualistes ou fondations, ou encore des sociétés commerciales.

Les SSIAD fonctionnent sur la base d'un nombre de places agréées. Leur capacité est variable, allant de 15 à plus de 100 places. La capacité moyenne en France est de 40 places<sup>190</sup>.

#### *Agrément de personnel*

---

<sup>188</sup> Les soins techniques correspondent aux actes infirmiers cotés en AMI (actes médico-infirmiers) et les soins de base et relationnels aux actes cotés en AIS (actes infirmiers de soins). Les premiers ne peuvent être effectués que par des infirmiers salariés du service ou des infirmiers libéraux ayant passé une convention avec le service.

Les soins de base sont définis comme des soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des "interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement un état de dépendance d'une personne, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer son autonomie". Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés sous le terme de nursing.

<sup>189</sup> Les CCAS ou les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) sont des établissements publics communaux ou intercommunaux, présidés par le maire et gérés par un conseil d'administration comprenant à parité les délégués élus du conseil municipal et des membres nommés par le maire parmi les représentants d'associations ayant une activité sociale au sein de la commune.

<sup>190</sup> Bulletin juridique de la Santé Publique – TISSOT – fév 2005.

La législation française ne prévoit pas expressément un ratio obligatoire de lits en fonction du personnel soignant.

Néanmoins, le titre premier du décret du 25 juin 2004<sup>191</sup> relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, souligne à l'article 3 que les interventions sont assurées par :

- des infirmiers, salariés ou libéraux, qui exercent les actes relevant de leur compétence, peuvent organiser le travail des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux.
- des aides-soignants qui réalisent les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques.
- des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues en tant que de besoin. Les psychologues et les ergothérapeutes doivent être salariés par le SSIAD pour que leurs interventions soient prises en charge dans le cadre du forfait du service. En dehors d'un contrat de travail avec le service, leurs interventions ne peuvent pas être prises en charge par l'assurance maladie.

Un infirmier coordinateur salarié assure le fonctionnement interne du service (accueil des personnes et de l'entourage, évaluation des besoins de soins des personnes, élaboration et mise en œuvre du projet individualisé de soins ...). L'infirmier coordonnateur est la clé de voûte du dispositif.

#### *Financement*

Les soins réalisés par le service sont pris en charge à 100% et sans avance de frais par les organismes d'assurance maladie et ce quelles que soient les ressources de la personne âgée.

Pour cela, un forfait global annuel de soins est alloué aux SSIAD dont le versement est assuré par les caisses primaires d'assurance maladie.

Son montant est déterminé par la DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales), après avis de la CRAM (caisse régionale d'assurance maladie), dans la limite d'un forfait journalier plafond fixé pour l'année 2005 à :

- 39.45 € pour les SSIAD publics ;
- 34.84 € pour les SSIAD privés.

Le forfait moyen annuel pour une place est de 9 820 euros<sup>192</sup>.

#### *Offre de ces services en Lorraine*

Les services de soins infirmiers à domicile sont au nombre de 75 en Lorraine<sup>193</sup> dont 20 en Meurthe et Moselle (748 places), 13 en Meuse (303 places) et 26 en Moselle (926 places)

---

<sup>191</sup> Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004<sup>191</sup> relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, JO du 27 juin 2004.

<sup>192</sup> Bulletin juridique de la Santé Publique – Editions TISSOT – Février 2005.

<sup>193</sup> Source Statiss 2004 Lorraine

Le plan " vieillissement et solidarités " pour la période 2004-2007 annoncé par le Premier ministre le 6 novembre 2003 prévoit la création de 17 000 places de services de soins infirmiers pour personnes âgées de plus de 60 ans portant ainsi à 100 000 le nombre de places disponibles en France.

Les crédits obtenus dans le cadre des mesures nouvelles au titre de l'année 2005 devraient permettre le financement de 75 places de SSIAD supplémentaires en Lorraine <sup>194</sup>.

Offre de SSIAD en 2003

	<u>Meurthe et Moselle</u>	<u>Meuse</u>	<u>Moselle</u>
<b>Etablissements</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>26</b>
<b>Nombre de places</b>	<b>748</b>	<b>303</b>	<b>926</b>
<b>Places/1 000 hab.+ 60 ans</b>	<b>5.30</b>	<b>7.08</b>	<b>4.62</b>
<b>Places/1 000 hab.+ 75 ans</b>	<b>15.29</b>	<b>19.25</b>	<b>14.86</b>

### **Les soins palliatifs à domicile**

Les soins palliatifs sont définis par la loi du 9 juin 1999 comme des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne âgée et à soutenir son entourage.

Le second plan de développement des soins palliatifs rendu public le 22 février 2002 s'articule autour de trois axes dont le premier concerne le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile ou dans le lieu de vie habituel. Il apparaît en effet primordial que les personnes qui souhaitent mourir à domicile puissent bénéficier d'un accompagnement adapté à leur état de santé et à leur contexte socio-familial.

L'équipe à domicile comprend des professionnels de santé exerçant à titre libéral ou les professionnels salariés des centres de santé. Elle est notamment composée du médecin généraliste du malade (prescripteur) et de personnel infirmier. Une coordination est assurée par un des membres de l'équipe. Le médecin généraliste, pivot de la prise en charge, a vocation à accomplir cette mission.

Des bénévoles d'accompagnement, formés et bénéficiant d'une supervision des pratiques, peuvent intervenir en complémentarité avec les équipes.

### *Financement*

Les professionnels de santé libéraux membres de l'équipe de soins palliatifs à domicile concluent, avec la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle réside la personne âgée, un contrat conforme à un contrat type qui définit les modalités de leur rémunération.

Les patients bénéficiant de soins palliatifs dispensés par des professionnels libéraux ou salariés d'un centre de signataires du contrat susmentionné sont dispensés de l'avance de leurs frais.

### **2.3.2. Les alternatives à l'hébergement permanent**

#### **L'accueil de jour**

<sup>194</sup> Circulaire 2005-113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire de l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

L'accueil de jour consiste à accueillir pour une ou plusieurs journées par semaine, voire une demi-journée, des personnes âgées vivant à leur domicile, dans des locaux dédiés à cet accueil.

Lorsque l'accueil de jour s'adresse à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, il a comme objectifs principaux de préserver, maintenir, voire restaurer, l'autonomie des personnes atteintes de troubles démentiels et de permettre une poursuite de leur vie à domicile dans les meilleures conditions possibles, tant pour eux que pour leurs aidants. Un cahier des charges spécifique a été diffusé en avril 2002 afin de permettre aux établissements de se mettre en conformité.

Les structures d'accueil de jour peuvent être autonomes ou rattachées à une autre structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avec des locaux réservés à ce type d'accueil.

De nombreuses structures pratiquent de l'accueil de jour mais cette offre n'est pas clairement repérée.

#### *Financement*

Les modalités de tarification de l'accueil de jour relèvent du décret du 26 avril 1999. Selon ce texte, les tarifs hébergement, dépendance et soins sont revus à la baisse par les différentes autorités compétentes :

- le tarif hébergement est modulé par le Conseil Général,
- le tarif dépendance est minoré du taux fixé par le Conseil Général,
- le tarif soins est minoré d'un pourcentage fixé par arrêté ministériel.

Le paiement des tarifs hébergement et dépendance peut être pris en charge partiellement par l'APA à domicile dans le cadre d'un plan d'aide.

Il convient de préciser que le transport est assuré par la famille, l'entourage ou un prestataire. L'APA peut servir à payer ces frais qui ne sont actuellement pas pris en charge par l'assurance maladie.

Il est d'autre part prévu que lorsque le nombre de places offertes dépasse le seuil de 25, l'accueil de jour doit être individualisé dans un budget annexe, ce qui a pour conséquence une application d'une tarification ternaire spécifique à cet accueil.

#### *Offre de ces services en Lorraine.*

Selon une enquête réalisée en 2003 <sup>195</sup>, 83 structures d'hébergement de Lorraine offraient des places d'accueil de jour pour personnes âgées atteintes ou non de la maladie d'Alzheimer dont 25 en Meurthe et Moselle, 2 en Meuse et 46 en Moselle.

Le plan " vieillissement et solidarités " annoncé par le Premier ministre le 6 novembre 2003 prévoit l'ouverture de 8 500 places d'accueil de jour médicalisées supplémentaires pour la période 2004-2007.

Les crédits obtenus dans le cadre des mesures nouvelles de l'année 2005 devraient permettre le financement de 74 places d'accueil de jour supplémentaires en Lorraine <sup>196</sup>.

---

<sup>195</sup> Source : synthèse de l'enquête réalisée par l'observatoire de la santé pour le compte de la Fondation Méderic

<sup>196</sup> Circulaire 2005-113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire de l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

## **L'accueil de nuit**

Il s'agit d'un mode de prise en charge relativement novateur dans ce domaine. Cette solution d'hébergement contribue au répit des aidants familiaux impliqués dans le soutien à domicile d'un parent âgé en perte d'autonomie.

L'hébergement pour une ou plusieurs nuits est proposé le plus souvent à partir d'un établissement existant.

L'accueil intègre généralement le dîner et le petit déjeuner. Il nécessite la présence dans la structure d'un personnel disponible et qualifié.

La qualité de l'accueil et le bien-être des usagers nécessitent l'inscription de la structure d'accueil dans la plus grande proximité du domicile afin de favoriser l'appropriation des lieux.

### *Offre de ces services en Lorraine*

Plusieurs établissements ont déposé des projets de création de places d'accueil de nuit mais aucun n'a, pour l'heure, obtenu d'autorisation.

## **L'hébergement temporaire**

Il s'agit d'une formule d'hébergement limitée dans le temps, qui s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis : isolement, absence des aidants notamment départ en vacances de la famille, travaux dans le logement...

Cet hébergement peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation ; en ce cas, il ne doit pas se substituer à une prise en charge dans un service hospitalier de soins de suite. Il peut également être utilisé comme premier essai de vie en collectivité avant une entrée définitive en établissement. Certaines structures sont consacrées pour tout ou partie à l'hébergement de personnes atteintes de détérioration intellectuelle.

Les établissements et services sont tenus de mentionner dans leurs demandes d'autorisation le nombre de places réservées au sein de la structure pour l'accueil temporaire<sup>197</sup>, et de prévoir des modalités d'organisation et de fonctionnement<sup>198</sup>.

### *Financement*

Les tarifs applicables à l'hébergement temporaire sont identiques à ceux de l'hébergement permanent. La personne âgée bénéficie des mêmes prestations que les autres résidents.

L'accueil temporaire peut être pris en charge partiellement par l'APA à domicile et l'aide sociale à l'hébergement.

---

<sup>197</sup> Article D312-9 du CASF

<sup>198</sup> Les établissements et structures existants ont jusqu'au 17 mars 2007 pour se mettre en conformité.

### *Offre de ces services en Lorraine.*

On recense 204 lits en hébergement temporaire en Lorraine <sup>199</sup>, dont 51 en Meurthe et Moselle, 16 en Meuse et 118 en Moselle.

	<b>Meurthe et Moselle</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>
<b>Nombre de lits</b>	<b>51</b>	<b>16</b>	<b>118</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 60 ans</b>	<b>0.36</b>	<b>0.37</b>	<b>0.59</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 75 ans</b>	<b>1.43</b>	<b>1.01</b>	<b>1.89</b>

Le plan " vieillissement et solidarités " annoncé par le Premier ministre le 6 novembre 2003 prévoit l'ouverture de 4 500 places d'hébergement temporaire médicalisées supplémentaires pour la période 2004-2007.

Les crédits obtenus dans le cadre des mesures nouvelles de l'année 2005 devraient permettre le financement de 39 places d'accueil temporaire supplémentaires en Lorraine.

### **2.3.3. Les structures d'hébergement pour personnes âgées**

#### **Les familles d'accueil**

Les familles d'accueil sont une alternative à un hébergement en établissement. Elles offrent aux personnes âgées de 65 ans (ou de 60 ans en cas d'incapacité au travail), une attention et des aides au vu de leur état de santé.

Ainsi, un particulier peut accueillir à son domicile à titre onéreux la personne âgée de façon temporaire, lors de vacances, maladie ou hospitalisation de la famille.

Cet accueil peut être définitif pour les personnes ne pouvant plus rester seules et refusant d'entrer dans un établissement.

L'accueil familial ou famille d'accueil est défini par la loi du 10 juillet 1989 complétée des décrets du 22 juin et du 18 juillet 1990 et modifiée par la loi du 17 janvier 2002 modifiant le Code de l'Action Sociale et des familles, partie réglementaire, et par le décret paru au J.O n° 1 du 1 janvier 2005. Cette loi fut élaborée et votée pour réglementer et combler un vide juridique qui avait permis la prolifération d'initiatives diverses, spontanées, disparates et incontrôlées.

#### *Agrément*

La famille d'accueil doit être agréée par les services du Conseil Général qui sont chargés de la vérification des conditions d'accueil.

Le contrat d'accueil signé entre la personne âgée et la famille agréée est établi sur la base d'un contrat type qui précise :

- Les conditions financières de l'accueil
- Les droits et obligations des parties
- La formation, le contrôle, le suivi de l'accueil
- Les conditions de dénonciation du contrat

#### *Financement*

La personne accueillie bénéficie d'une exonération des charges patronales de sécurité sociale. Si les ressources de la personne âgée sont insuffisantes, elle peut bénéficier d'une allocation logement à caractère sociale (ALS) et d'une aide du Conseil Général pour rémunérer la famille d'accueil.

---

<sup>199</sup> Source : Statiss 2004 Lorraine

L'APA peut lui être attribuée selon son degré de dépendance.

#### *Offre de ces services en Lorraine*

L'offre des familles d'accueil est recensée par les conseils généraux concernés. Ainsi, on compterait environ 148 familles d'accueil en Lorraine dont 80 en Moselle, 46 en Meurthe et Moselle et 22 en Meuse. Les familles proposent généralement entre 1 à 3 lits chacune.

#### **Les unités de vie**

Ces structures généralement de petite taille proposent un mode de vie familial et participatif (préparation des repas...) à des personnes âgées valides.

Une maîtresse de maison assure le bon fonctionnement de ces unités de vie qui permettent de maintenir les personnes dans un milieu de vie habituel. Des services de soutien à domicile extérieurs peuvent intervenir si besoin selon le libre choix du résident (aides ménagères ...).

La nécessité de reconverter ces structures aux besoins actuels s'est posée au moment de l'élaboration de certains schémas départementaux des établissements et services destinés aux personnes âgées.

En ce sens, le décret "petites unités de vie " paru au Journal Officiel du février du 14 février 2005 offre de nouvelles perspectives à ces unités en permettant leur médicalisation grâce à un financement de l'assurance maladie.

#### *Financement*

Les frais de séjour sont réglés par l'usager (loyers, charges locatives, frais de fonctionnement des locaux communs). Une prise en charge partielle par l'APA est possible.

#### *Offre de ces services en Lorraine*

On recense 21 unités de vie en Moselle offrant une capacité de 231 places<sup>200</sup>. Dans les autres départements, aucune structure de ce type n'est répertoriée en tant que telle.

#### **Les Maisons d'Accueil Rurale pour personnes âgées (MARPA)**

Les MARPA sont nées de l'initiative de la Mutualité Sociale Agricole (MSA). Il s'agit de studios ou appartements indépendants offrant un mode de vie familial et proposant des activités communes.

Ces structures s'apparentent aux unités de vie mais se veulent une réponse adaptée aux spécificités du milieu rural.

La gestion de ces structures est autonome ou est effectuée par le biais d'associations.

#### *Offre de ces services en Lorraine*

Actuellement, on compte très peu d'établissements de ce type sur le territoire. En effet, il existe<sup>201</sup> 2 structures de ce type dans le département de la Meurthe et Moselle offrant une capacité de 45 lits dans la commune de Colombey-les-belles et de 60 lits à Royaumeix.

---

<sup>200</sup> Source FINESS 1<sup>er</sup> octobre 2004.

<sup>201</sup> Source FINESS 2004.



## **Les résidences-services**

Les résidences-services accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées permettent soit l'achat, soit la location d'appartements de confort type F1, F2 ou F3. Il s'agit d'un ou plusieurs bâtiments quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel et comprenant des logements particuliers destinés aux personnes âgées de soixante ans au moins, leur permettant de mener une vie indépendante et disposant obligatoirement de services auxquels elles peuvent faire librement appel. Les locaux, équipements et services collectifs de la résidence-services peuvent également être accessibles à d'autres personnes âgées de soixante ans au moins.

### *Financement*

Les résidences services sont des structures d'initiative privée s'adressant à une population plutôt aisée qui ne sont soumises à aucune autorisation ou agrément des autorités départementales, excluant toute aide sociale. Ainsi, toutes les prestations extérieures demandées par la personne âgée sont entièrement à sa charge.

### *Offre de ces services en Lorraine*

Il existe encore très peu de structures en Lorraine. En effet, on compte 3 résidences services dont 2 en Moselle et 1 à Nancy en Meurthe et Moselle.

## **Les foyers-logements**

Les foyers-logements sont des appartements autonomes constitués d'une ou deux pièces, mis à la disposition de personnes âgées, tout en leur offrant des services collectifs facultatifs (restauration, animation, sorties...) permettant de concilier indépendance et sécurité. Chaque résident est libre d'organiser sa vie quotidienne à sa guise et de faire appel aux prestataires ou professionnels de santé extérieurs de son choix.

Ce type d'établissement géré par les offices d'HLM, des associations ou les centres communaux d'action sociale (CCAS)<sup>202</sup> n'est en général pas médicalisé tant au niveau du personnel que des locaux.

La création de ces structures est soumise à autorisation du Président du Conseil Général.

### *Financement*

Les résidents s'acquittent d'un loyer et des charges couvrant les dépenses pour les parties communes. Ils ont accès, sous conditions de ressources, à l'allocation logement ou à l'aide personnalisée au logement, aux différents services et aides relevant du maintien à domicile ainsi qu'à l'aide sociale pour la prise en charge des frais afférents au loyer ou aux repas. Ils peuvent être bénéficiaires de l'APA.

### *Offre de ces services en Lorraine*

---

<sup>202</sup> Etablissements publics communaux ou intercommunaux présidés par le Maire, et gérés par un conseil d'administration comprenant, à parité, les délégués élus du conseil municipal et des membres nommés par le maire parmi les représentants d'associations ayant une activité sociale au sein de la commune.

Il existe 133 foyers logements en Lorraine<sup>203</sup> dont 51 en Meurthe et Moselle, 7 en Meuse et 57 en Moselle. Notons que sur l'ensemble du territoire français, on comptabilise 3 053 établissements totalisant 158 152 logements.

	<b>Meurthe et Moselle</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>
<b>Etablissements</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>57</b>
<b>Nombre de lits</b>	<b>2 575</b>	<b>350</b>	<b>2 648</b>
<b>Place/1 000 hab.+ 60 ans</b>	<b>18.26</b>	<b>8.18</b>	<b>13.22</b>
<b>Place/1 000 hab.+ 75 ans</b>	<b>52.66</b>	<b>22.24</b>	<b>42.49</b>

### **Les EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées)**

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées ou maisons de retraite non médicalisées assurent à des personnes âgées de plus de 60 ans non dépendantes, un hébergement collectif en chambres individuelles ou doubles avec un ensemble de prestations et de services (repas, entretien des chambres...).

Les prestations médicales et paramédicales effectuées auprès des résidents sont délivrées par des intervenants libéraux et remboursées à l'acte.

#### *Financement*

Si l'établissement est habilité à l'aide sociale, les résidents s'acquittent d'un tarif hébergement arrêté par le Conseil Général et variable selon les établissements. Ce tarif couvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale non liées à l'état de dépendance des personnes âgées.

En fonction de leurs ressources, les résidents sont susceptibles de percevoir l'aide sociale à l'hébergement, l'allocation logement ou l'aide personnalisée au logement. Ils peuvent également être bénéficiaires de l'APA.

Si il n'y pas habilitation à l'aide sociale, le tarif est fixé par l'établissement. Il est soumis au contrôle du service départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

#### *Offre de ces services en Lorraine*

Compte tenu de la réforme actuellement en cours qui tend à promouvoir la médicalisation des établissements, un recensement exhaustif de ces structures ne peut actuellement être opéré.

### **2.3.4. Les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

#### **Les MAPAD**

Les MAPAD (Maisons d'accueil pour Personnes Agées Dépendantes) sont le fruit d'un concours lancé en 1980 par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. L'accueil des MAPAD se caractérise par un mode de vie collectif des personnes âgées souffrant de troubles du comportement ou d'une détérioration intellectuelle et dont l'état de santé nécessite une prise en charge et un suivi médical.

La gestion peut être assurée par les communes, des associations ou des hôpitaux.

<sup>203</sup> Sources STATISS 2004 Lorraine.

### *Offre de ces services en Lorraine*

Il ne demeure à l'heure actuelle qu'un établissement de ce type en Lorraine<sup>204</sup> : il se trouve à Neuves Maisons en Meurthe et Moselle et propose 15 lits.

#### **Les EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)**

Cette appellation désigne toutes les catégories d'établissements accueillant des personnes âgées qui ont signé une convention avec la DDASS et le conseil général pour pouvoir prendre en charge des personnes âgées dépendantes. Ces structures sont entièrement médicalisées.

La réforme de la tarification introduite par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant les EHPAD s'applique à tous les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées d'une capacité de plus de 25 lits et dont le GMP (Gir Moyen Pondéré) est supérieur à 300. De ce fait, 10 000 établissements, représentant 65 000 places, sont concernés par la mise en œuvre de la réforme.

Il s'agit notamment :

- des maisons de retraite autonomes ou non,
- des sections "maisons de retraite" rattachées à des hôpitaux publics,
- des foyers-logements médicalisés,
- des maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes,
- des établissements de santé publics ou privés dispensant des soins de longue durée.

A l'issue d'une très large concertation, les fondements et mécanismes de cette réforme ont été définis par les décrets n° 99-316 et 317 du 26 avril 1999<sup>205</sup> et arrêtés du 26 avril 1999, puis par le décret du 4 mai 2001.

#### *Objectifs de la réforme*

La réforme repose sur la mise en œuvre de 5 grands principes :

- la démarche qualité dans les établissements : l'amélioration de la qualité des prestations prend en particulier la forme d'un projet d'établissement inscrit dans le cadre d'un cahier des charges national. L'établissement doit également élaborer un projet de vie et un projet de soins.
- la solidarité envers les personnes âgées dépendantes : l'APA leur permet d'acquitter le tarif dépendance.
- la transparence des coûts de la prise en charge: pour déterminer les différentes composantes du coût total de la prise en charge et imputer à charge du financeur des coûts clairement identifiés.
- le renforcement des financements en faveur des établissements les plus mal dotés.
- le partenariat matérialisé par la signature **d'une convention tripartite** entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'Etat dans le département.

La mise en œuvre de ces principes se traduit par la mise en place dans chaque établissement d'une **tarification ternaire** composée d'un tarif hébergement, d'un tarif soins et d'un tarif dépendance.

---

<sup>204</sup> Source FINISS.

<sup>205</sup> Décret 99-316 et 99-317 du 26 Avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes.

Guide sur l'accueil des personnes âgées dépendantes – CNAMTS – novembre 2003

- Les conventions tripartites

La première étape de la procédure est l'autorisation délivrée par la préfecture du département pour le projet de transformation en EHPAD.

Dans un second temps, une convention tripartite doit être signée entre l'établissement, le conseil général et l'Assurance Maladie (c'est-à-dire le préfet pour les établissements hébergeant des personnes âgées ou le directeur de l'ARH pour les USLD).

Des dispositions transitoires garantissent le financement de chaque établissement dans l'attente de la signature de sa convention, qui doit intervenir au plus tard le 31 décembre 2007<sup>206</sup>.

Cette convention, prévue pour une durée de 5 ans, doit permettre une amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents et une meilleure connaissance de l'activité des établissements<sup>207</sup>. Elle doit contenir les points suivants :

- les conditions de fonctionnement de l'établissement sur deux niveaux :
  - > sur le plan financier,
  - > sur le plan de la qualité de prise en charge des personnes et des soins dispensés ;
- la définition des objectifs d'évaluation de l'établissement sur la base d'un cahier des charges<sup>208</sup> relatif à l'engagement d'une démarche de qualité. Ces objectifs sont, d'une part, la satisfaction des résidents et de leur famille au regard de l'habitat, de la sécurité, de la restauration et de la vie sociale et, d'autre part, les actions menées pour la conservation d'un degré maximal d'autonomie de la personne âgée sur le plan physique, social ou psychique.

Les objectifs doivent être négociés par les trois partenaires dans le respect du champ de compétence de chacun<sup>209</sup>.

Les moyens alloués sont conditionnés à la réalisation d'objectifs, mais il n'y a pas de normes d'encadrement globales ou sectorielles applicables<sup>210</sup>.

Il est important de souligner toutefois qu'un pré-requis est généralement nécessaire à la signature de ces conventions : le recrutement d'un médecin coordonnateur (salarié, généraliste ou praticien hospitalier), nommément désigné dans la convention.

- La tarification des EHPAD

La tarification mise en place repose donc désormais sur trois forfaits distincts :

- un forfait hébergement payé par la personne âgée et/ou l'aide sociale<sup>211</sup> ;
- un forfait dépendance relevant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie,
- un forfait soins pris en charge par l'Assurance Maladie.

---

<sup>206</sup> Circulaire n° DHOS -F2/DSS-1A/DGAS-2C/113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

<sup>207</sup> Des avenants annuels peuvent être conclus afin de concilier au mieux les différents paramètres : budget fixé annuellement, aléas de fonctionnement etc.

<sup>208</sup> Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>209</sup> Négociation de deux ou trois grands objectifs déclinés sur une période maximum de 5 ans.

<sup>210</sup> Circulaire DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003-20 du 13 janvier 2003.

<sup>211</sup> Ce forfait peut également être imputé à la famille en vertu d'une obligation alimentaire à leur charge.

### *-Tarif hébergement*

*Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui n'ont pas de lien avec l'état de dépendance de la personne âgée.*

Ce tarif est arrêté par le président du conseil général. Il est acquitté par la personne âgée accueillie. Ce tarif qui n'a pas de lien avec le degré d'autonomie est identique pour tous les résidents de la structure bénéficiant d'un même degré de confort (par exemple chambres individuelles ou chambres doubles).

Des minorations sont appliquées en cas d'absence de plus de 72 heures, notamment en cas d'hospitalisation.

Les résidents peuvent solliciter une prise en charge de leurs frais d'hébergement au titre de l'aide sociale lorsque leurs ressources et l'aide que les personnes tenues à l'obligation alimentaire peuvent lui apporter sont insuffisantes.

### *-Tarif dépendance*

*Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir.*

*Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement en lien avec la dépendance des personnes hébergées, qu'ils s'agissent des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôteliers et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.*

Ces tarifs sont propres à chaque établissement et fixés chaque année par le Conseil Général en fonction du budget présenté par l'établissement concerné.

Il convient de noter toutefois que le décret du 4 mai 2001 a procédé au regroupement des GIR afin qu'il n'y ait plus que trois tarifs dépendance (et soins) applicables : tarif GIR 1/ GIR 2, tarif GIR 3/ GIR 4 et tarif GIR 5/ GIR 6<sup>212</sup>.

Le tarif est acquitté par le résident mais l'APA permet, dans des proportions variant en fonction des revenus du bénéficiaire, de recouvrir les frais de ces prestations.

### *-Tarif soins*

*Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance.*

Le tarif soins est arrêté par le Préfet (DDASS) ou par le directeur de l'ARH. Il est acquitté par l'assurance maladie sous forme d'une dotation globale versée par la CPAM compétente en fonction de l'implantation de l'établissement.

---

<sup>212</sup> Le classement des résidents dans les GIR donne lieu à une cotation en points de l'établissement à partir de laquelle sont calculés les tarifs dépendance et soins.

Par ailleurs, chaque établissement a l'obligation de choisir entre l'application d'un tarif journalier partiel ou celle d'un tarif journalier global.

Le tarif de soins journalier partiel sert à financer l'amortissement du matériel médical et les salaires et charges :

- du médecin coordonnateur,
- des médecins salariés et auxiliaires médicaux salariés de l'établissement,
- des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement,
- des aides soignants et des aides médico-psychologiques (à hauteur de 70%).

Le tarif de soins global comprend, quant à lui, outre les charges entrant dans le calcul du tarif journalier partiel :

- les rémunérations et prescriptions des médecins généralistes libéraux,
- les interventions des auxiliaires médicaux libéraux,
- les examens de biologie et radiologie (hors équipements lourds).

Sont facturés en sus :

- les honoraires des médecins spécialistes libéraux,
- les transports sanitaires,
- les soins dentaires,
- les interventions en psychiatrie,
- les médicaments non réservés à l'usage hospitalier pour les établissements ne disposant pas d'une pharmacie intérieure<sup>213</sup>,
- les dispositifs médicaux<sup>214</sup>,
- les examens médicaux sur équipements, matériels lourds sans hospitalisation,
- le séjour et la séance pour insuffisants rénaux et respiratoires chroniques,
- les soins en court séjour, soins de suite et de réadaptation, services de soins spécialisés à domicile,
- les frais d'inhumation des pensionnaires,
- les frais couverts par un organisme mutualiste,
- la participation de l'assuré social aux soins.

Il importe de préciser que les produits pharmaceutiques et à usage médical étaient initialement inclus dans le tarif de soins. L'article 96 de la loi du n° 2003-303 du 4 mars 2002<sup>215</sup> a mis fin à cette mesure sauf pour les établissements disposant d'une pharmacie à usage interne et pour les unités de soins de longue durée.

Le tarif partiel semble généralement le plus choisi car il permet aux responsables d'établissement de gérer au mieux leur budget selon les patients qu'ils accueillent et les moyens matériels qu'ils possèdent.

Ainsi, le tarif partiel ne tient pas compte des rémunérations et des prescriptions des médecins traitant des personnes âgées, permettant à celles-ci de recourir à leur médecin aussi souvent qu'elles le veulent. Les médecins sont alors remboursés individuellement par l'Assurance Maladie.

---

<sup>213</sup> Définis aux art. L 162-17 du Code de la Sécurité Sociale (fixant une liste des spécialités pharmaceutiques remboursables)

<sup>214</sup> Produits et prestations définis à l'art L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>215</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Seuls les établissements rattachés à un centre hospitalier semblent opter de préférence pour le tarif global car cela leur permet d'optimiser les services qu'ils ont à charge tels que les examens de biologie ou de radiologie.

*Offre de ces services en Lorraine*

En 2004<sup>216</sup>, il existe en Lorraine 145<sup>217</sup> établissements EHPAD dont 31 en Meurthe et Moselle (2935 lits), 16 en Meuse (1609 lits) et 58 en Moselle (3841 lits). Ces chiffres recouvrent plusieurs types de structures qui ont signé la convention tripartite EHPAD.

	<b>Meurthe et Moselle</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>
<b>Etablissements</b>	<b>31</b>	<b>16</b>	<b>58</b>
<b>Nombre de lits</b>	<b>2 935</b>	<b>1 609</b>	<b>3 841</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 60 ans</b>	<b>20.81</b>	<b>37.59</b>	<b>19.18</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 75 ans</b>	<b>60.03</b>	<b>102.24</b>	<b>61.63</b>

**Les unités de soins de longue durée**

Les unités de soins de longue durée accueillent des personnes âgées très dépendantes qui ont besoin d'une surveillance médicale continue et d'une aide constante pour les gestes de la vie quotidienne. Ces structures sont souvent rattachées à un centre hospitalier<sup>218</sup>. La décision d'admission dans les USLD est subordonnée à une entente préalable d'un médecin-conseil.

*Financement et participation de l'usager*

Les patients peuvent bénéficier des mêmes aides que celles attribuées en Ehpads pour la prise en charge de l'hébergement et de la dépendance.

Le forfait de soins comprenant toutes les prestations médicales, paramédicales et pharmaceutiques est pris en charge par l'assurance maladie.

*Offre de ces services en Lorraine*

On comptabilise 3 067 lits en unité de soins de longue durée en Lorraine<sup>219</sup>, dont 1 112 en Meurthe et Moselle, 375 en Meuse et 1 063 en Moselle.

	<b>Meurthe et Moselle</b>	<b>Meuse</b>	<b>Moselle</b>
<b>Nombre de lits</b>	<b>1 112</b>	<b>375</b>	<b>1 063</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 60 ans</b>	<b>7.89</b>	<b>8.76</b>	<b>5.31</b>
<b>lits/1 000 hab.+ 75 ans</b>	<b>22.74</b>	<b>23.83</b>	<b>17.05</b>

<sup>216</sup> Sources FINESS

<sup>217</sup> Dont le département des Vosges (avec 4 169 lits et 40 établissements) ne faisant pas partie de la zone Lxloran

<sup>218</sup> Hôpital de court séjour ou centre de moyen séjour.

<sup>219</sup> Source statiss 2004 Lorraine.

## 2.4. Le dispositif de coordination et les réseaux gérontologiques

### 2.4.1. Les Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) constituent depuis 2000 un axe fort de la politique gouvernementale visant à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. L'objectif affiché est de disposer fin 2005 d'un réseau national d'information et de coordination composé d'environ 1 000 CLIC.

Les C.L.I.C. sont des lieux d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destinés aux personnes âgées et à leur entourage. Ils prennent en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort de son environnement et de son habitat mais aussi à la vie sociale, culturelle et citoyenne.

Leur fonction est plus ou moins étendue selon leur niveau de label qui sont au nombre de trois :

Niveau 1 : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données et des actions de formation/information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et les prestations disponibles ainsi que, chaque fois que c'est possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.

Niveau 2 : il prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle (ex : des groupes de paroles). Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.

Niveau 3 : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage des repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

Chaque C.L.I.C. couvre un territoire correspondant à un bassin de vie (canton, groupements de cantons, ville, quartier...).

Ces structures sont principalement financées par des subventions de l'Etat.

#### Offre de services en Lorraine en décembre 2004<sup>220</sup>

Département	Clic autorisés	CLIC installés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Meurthe et Moselle	7	7	7		
Meuse	4	1	1		
Moselle	11	8	8		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<sup>220</sup> Source : DGAS -sous direction des âges de la vie- bureau des personnes âgées.



#### 2.4.2. Le réseau gérontologique

Le réseau gérontologique est une organisation mise en place entre plusieurs professionnels pour répondre de manière coordonnée aux besoins des personnes âgées.

Il s'agit de professionnels de compétences différentes mais complémentaires tels que les médecins, infirmières, kinésithérapeutes, services de soins infirmiers à domicile, services d'aides à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées... qui assurent ensemble une prise en charge globale des personnes âgées qui font appel à lui.

Le réseau assure la continuité des soins et des services sans rupture entre les différents professionnels, services et établissements. Il facilite l'ajustement rapide des réponses en fonction de l'évolution des besoins des personnes prises en charge.

#### 2.5. Les tableaux récapitulatifs

Nombre de bénéficiaires de l'APA au 1.01.2003 Sources DRASS – FINESS - SAE

	LORRAINE	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE
Bénéficiaires de l'APA	22 998	8 098	2 259	81 16
Bénéficiaires / 1 000 personnes de plus de 60 ans	48,98	57,43	52,78	40,53

Lits ou places installés au 01.01.2003 publics ou privés. Sources DRASS – FINESS - SAE

TYPES D'ACCUEIL	LORRAINE	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE
<b>Hébergement permanent</b>				
<i>Maison de retraite</i>				
Nombre d'établissements	260	62	22	103
Nombre de lits	16 240	4 576	1 630	5 445
<i>Logements foyers</i>				
Nombre d'établissements	133	51	7	57
Nombre de logements	6 337	2 575	350	2 648
<b>Hébergement temporaire (nb lits)</b>	204	51	16	118
<b>Services de soins à domicile</b>				
Nombre de services	75	20	13	26
Nombre de places	2 399	748	303	926
<b>Soins de longue durée</b>				
Nombre de lits	3 067	1 112	375	1 063

**Taux d'équipement au 01.01.2003 publics ou privés. Sources DRASS – FINESS - SAE**

EQUIPEMENT	LORRAINE	MEURTHE ET MOSELLE	MEUSE	MOSELLE
Pour 1000 personnes âgées de plus de 60 ans				
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées	48.52	51.08	46.64	41.00
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	5.11	5.30	7.08	4.62
Taux d'équipement en lits médicalisés	24.70	22.20	37.10	21.24
Pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans				
Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées	144.09	147.3	126.83	131.74
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	15.17	15,30	19,25	14,86
Taux d'équipement en lits médicalisés	73,34	64,04	100,91	68,24

	APA	AVTS	AVTNS	AMF (allocation mère de famille)	Allocation spéciale
Réglementation	Loi du 20 juillet 2001	Art L 811-1 CSS	Art D 812-2 CSS	Art L 811-10 CSS	Art L 814-1 CSS
Type	Aide sociale	Allocation non contributive	Allocation non contributive	Allocation non contributive	Allocation non contributive
Autorité compétente	Conseil général	Etat	Etat	Etat	Etat
Organisme payeur	Conseil général	CRAM	CRAM	CRAM	Caisse des dépôts et Consignations
Conditions d'attribution	-plus de 60ans -résidence en France - perte d'autonomie	- plus de 65ans ou 60ans si inapte au travail -résidence en France - activité salariée de 25ans ou de 5 ans après 50ans - revenu annuel sup. à 800 fois le SMIC horaire	- plus de 65ans ou 60ans si inapte au travail -résidence en France - Activité non salariée pendant au moins 25 ans - revenu annuel sup. à 800 fois le SMIC horaire	- plus de 65ans ou 60ans si inapte au travail -résidence en France - la mère doit avoir élevé 5 enfants pdt au moins 9ans avant leur 16ème anniversaire - ne bénéficiant d'aucun avantage vieillesse.	- plus de 65ans ou 60ans si inapte au travail -résidence en France - activité salariée de 25ans ou de 5 ans après 50ans - revenu annuel sup. à 800 fois le SMIC horaire - ne bénéficie d'aucun avantage vieillesse - si n'a pas atteint le seuil minimum vieillesse.
Montants mensuels	Montants maximum : 1148.08€ Minimum : 492.03€	Montant pour une personne : 246.35 €	Montant pour une personne : 246.35 €	Montant pour une personne : 246.35 €	Montant pour une personne : 246.35 €
Récupération	Aucune récupération	Aucune récupération	Aucune récupération	Aucune récupération	Aucune récupération
Eligibilité : nationalité et résidence	-résidence en France -sans conditions de nationalité	-résidence en France -sans conditions de nationalité	-résidence en France -sans conditions de nationalité	-résidence en France -sans conditions de nationalité	-résidence en France -sans conditions de nationalité

### 3. La prise en charge des personnes âgées au Luxembourg

#### 3.1. Bref historique de la « stratégie 'personnes âgées' »

Durant les années 1990, trois initiatives ont fortement marqué les politiques d'aides aux personnes âgées, à savoir la restructuration des hôpitaux, lancée début des années 1990, l'introduction de l'assurance dépendance (loi du 19 juin 1998, en vigueur depuis janvier 1999) ainsi qu'un changement de la gestion des institutions pour personnes âgées (en vigueur depuis 1999 également, loi du 8 septembre 1998 et règlement grand-ducal du 8 décembre 1999):

- En effet, au moment de la réalisation de l'étude SEMA (1990)<sup>221</sup>, les hôpitaux accueilleraient des patients en soins aigus et des 'cas de simple hébergement' car les patients nécessitant des soins de longue durée manquaient de structures adaptées à leurs besoins. Dès lors, la distinction entre soins aigus et soins de longue durée devenait un des principes-clé au cours de la **restructuration des hôpitaux**. Ainsi, certaines structures hospitalières de proximité (de petites unités) ont été reconverties en **maisons de soins** (MS) ou en **Centres intégrés pour personnes âgées** (CIPA). De nombreuses nouvelles structures pour personnes âgées ont été construites et plusieurs projets sont aujourd'hui en cours. La restructuration des hôpitaux visait entre autres la réduction du nombre de lits aigus par habitant<sup>222</sup> et l'augmentation de la capacité en lits de longue durée.

Les hôpitaux n'accueillent désormais, à quelques exceptions près<sup>223</sup>, que des personnes âgées qui nécessitent des soins aigus.

- L'**assurance-dépendance** (loi du 19 juin 1998, en vigueur depuis janvier 1999) est devenue le 4<sup>ème</sup> pilier de la sécurité sociale luxembourgeoise avec une prise en charge des **aides et des soins à domicile et/ou en établissement**. L'assurance dépendance est destinée aux personnes dépendantes parmi lesquelles les personnes âgées sont les principaux bénéficiaires, et est une composante à part entière de la sécurité sociale. Les prestations sont entièrement à charge de la Sécurité Sociale. Avant l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance, les associations qui œuvraient dans le domaine du maintien à domicile étaient conventionnées (et ainsi cofinancées) soit avec le Ministère de la Famille (pour les aides), soit avec le Ministère de la Santé (pour les soins). Les personnes dépendantes participaient aux frais selon leur revenu (barème). Depuis 1999, en même temps que l'assurance dépendance fut mise en vigueur, les établissements pour personnes âgées sont devenus des institutions indépendantes jouissant d'une autonomie de gestion (loi du 8 septembre 1998). Désormais, ils sont financés par leurs clients à travers le remboursement des prestations fournies par l'assurance dépendance et le prix de pension. Etant donné les conditions de fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins ont dû se créer pour s'occuper du maintien à domicile. Ces réseaux sont financés par les seules prestations d'aides et de soins fournies par eux et prises en charge par l'assurance dépendance.

---

<sup>221</sup> L'étude SEMA (Planification et financement des hôpitaux, rapport final décembre 1990, p. 15) figure parmi celles qui ont stimulé la réforme du secteur hospitalier au Luxembourg, notamment avec le plan hospitalier de 1998 (règlement grand-ducal du 18 avril 2001).

<sup>222</sup> Au lieu des 12,5 lits/1.000 habitants en 1987 (cf. SEMA, 1990), les autorités visaient 5 lits/1.000 habitants pour les soins aigus.

<sup>223</sup> cas pour lesquels il serait toujours difficile de trouver une structure, en cas d'urgence, pour les soins après la phase aiguë ; ce sont les 'cas de simple hébergement'.

## 3.2. Descriptif des allocations destinées aux personnes âgées

A l'heure actuelle, deux dispositifs destinés à financer/cofinancer les charges de la dépendance des personnes âgées protégées coexistent au Luxembourg :

1. l'assurance dépendance (loi du 19 juin 1998<sup>224</sup>) en vigueur depuis janvier 1999
2. l'allocation de soins (loi du 22 mai 1989).

D'autres mesures relevant d'une politique de revenu sont également à la disposition des personnes âgées :

3. le Revenu Minimum Garanti (RMG, loi du 26 juillet 1986),
4. le complément accueil gérontologique (loi du 23 décembre 1998),
5. l'allocation compensatoire de vie chère (loi du 13 juin 1975),
6. le forfait 'éducation (loi du 28 juin 2002)<sup>225</sup>.

### 3.2.1. L'assurance dépendance (AD)

L'assurance dépendance (loi du 19 juin 1998), le 4<sup>ème</sup> pilier de la sécurité sociale du Luxembourg, couvre le risque de la dépendance. Elle

- est basée sur des cotisations sociales obligatoires et,
- ouvre, à l'échéance du risque, un droit inconditionnel aux prestations,
  - indépendamment de l'âge : elle est destinée aux personnes âgées tout comme aux personnes handicapées<sup>226</sup> et
  - indépendamment d'un examen des ressources financières.

Les principes directeurs sont les suivants :

- la priorité des mesures de *réhabilitation* avant la *prise en charge de la dépendance*,
- la priorité au *maintien à domicile* avant *l'hébergement en institution*,
- la priorité aux *prestations en nature* avant les *prestations en espèces* et
- la continuité de la prise en charge.

Les **motivations** essentielles pour la création de l'AD étaient celles

- de créer une assurance obligatoire couvrant le risque de la dépendance et restant indépendante des ressources des usagers,
- de créer un droit inconditionnel à des prestations en nature et en espèces au profit des personnes protégées. Il s'agissait de financer les **personnes concernées** et non plus les **services**, voire **les aidants informels**, afin de renforcer la position des personnes dépendantes face aux prestataires de soins,

---

<sup>224</sup> La date de la première adoption du texte de loi est indiquée afin de montrer l'évolution de la législation. La plupart des textes ont été modifiés entre temps.

<sup>225</sup> On pourrait encore mentionner la carte de priorité et la carte d'invalidité (loi du 23 décembre 1978), dont de nombreuses personnes bénéficient et qui donnent gratuitement accès aux transports publics.

<sup>226</sup> Auparavant, deux allocations coexistaient, dont l'une est **l'allocation de soins** (loi du 22 mai 1989 ; cf. ci-dessous) et l'autre est **l'allocation pour personnes gravement handicapées** (loi du 16 avril 1979). Les personnes bénéficiaires de ces allocations pouvaient/peuvent soit les garder, soit déposer une demande en faveur de l'AD.

- d'instituer un système d'évaluation, d'orientation et de prise en charge des personnes dépendantes,
- d'organiser les relations avec les prestataires d'aides et de soins et,
- d'instituer un système de financement mixte afin de créer une assise financière au nouveau pilier de la sécurité sociale.

L'assurance dépendance est financée sur base

- des *cotisations* à la charge des seuls *assurés*<sup>227</sup>; la contribution, fixée à 1% des revenus, est basée sur une assiette constituée par
  - des revenus professionnels et les revenus de remplacement,
  - des revenus nets résultant de pensions ou de rentes<sup>228</sup>,
  - des revenus du patrimoine,
- d'une *participation de l'Etat* qui est de 45%,
- d'une *redevance du secteur de l'énergie*<sup>229</sup>.

Les bénéficiaires de l'assurance dépendance sont en majorité des personnes âgées. L'augmentation du nombre de bénéficiaires durant les premières années s'explique par le fait que la Cellule d'évaluation et d'orientation n'a pu procéder aux évaluations que progressivement :

**Tableau 3.1: bénéficiaires de l'assurance dépendance**

Année	Nbr. de bénéficiaires à domicile en vie le 30 juin	Nbr. de bénéficiaires en établissement en vie le 30 juin	Total en vie le 30 juin	Total des dépenses en millions €(LuF)
1999		-	-	LuF 5.657
2000	1.054	1.624	2.678 dont <b>2.356</b> <b>(87.9%)</b> <b>personnes âgées</b>	223.1
2001	2.358	2.086	4.444 dont <b>3.702</b> <b>(83.3%)</b> <b>personnes âgées</b>	295.9
2002	3.688	2.529	6.217 dont <b>5.160</b> <b>(82.9%)</b> <b>personnes âgées</b>	306.3
2003	4.054	2.649	6.703 dont <b>5.518</b> <b>(82.3%)</b> <b>personnes âgées</b>	289,9
2004	4.423	2.711	7.134 dont <b>5.730</b> <b>(80.3%)</b> <b>personnes âgées</b>	

Source : Rapport général de la Sécurité sociale, IGSS, p. 387 ; personnes âgées : plus de 60 ans.

<sup>227</sup> et pas des employeurs.

<sup>228</sup> Cf. art. 96 de la loi concernant l'impôt sur le revenu, en vertu du Livre III du Code des assurances sociales.

<sup>229</sup> produit de la taxe électricité imputable à tout client final, dont la majoration de 3.5% est affectée à raison de deux tiers au financement de l'AD

Contrairement au modèle allemand de la **Pflegeversicherung**, il n'existe pas de classification des bénéficiaires en (trois) niveaux de dépendance, mais les prestations d'aides et de soins accordées varient d'un bénéficiaire à l'autre (le système de mesure est tout à fait individuel). Les fonds alloués dépassent de loin les taux maximaux de l'assurance allemande.

### 3.2.2. Allocation de soins

Cette allocation, adoptée en 1989 (loi du 22 mai 1989), était allouée jusqu'à l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance (1<sup>er</sup> janvier 1999) à toute personne:

- âgée de soixante-cinq ans au moins;
- domiciliée sur le territoire luxembourgeois et y ayant résidé pendant dix ans au moins au cours des quinze dernières années;
- atteinte d'une diminution d'une ou de plusieurs fonctions physiques et/ou mentales à tel point que, malgré un traitement, une formation ou une rééducation appropriés et, nonobstant l'utilisation d'un équipement adéquat, elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne;
- disposant seule ou ensemble avec son conjoint d'un revenu inférieur à 2,5 fois le salaire social minimum de référence<sup>230</sup>.

Cette allocation est versée à la personne qui assure les soins.

Depuis l'entrée en vigueur de l'AD, aucune demande ne peut être introduite pour cette allocation.

Les personnes bénéficiant d'une allocation de soins peuvent la garder ou déposer une demande en faveur de l'AD (perdant ainsi l'allocation de soins).

Il en découle une forte diminution des bénéficiaires depuis 1999 :

**Tableau 3.2 : bénéficiaires de l'allocation de soins**

Année	Allocations en cours au 31 décembre
1998	2.272
1999	1.720
2000	954
2001	563
2002	375
2003	255
2004	169

Source : Rapport général de la Sécurité sociale, IGSS, p. 387

L'allocation de soins est financée par le budget de l'Etat.

### 3.2.3. Le Revenu Minimum Garanti (RMG)

En 1986 fut adoptée la loi portant création du Revenu Minimum Garanti comme *assistance sociale de droit* (loi du 26 juillet 1986).

Les conditions d'éligibilité suivantes doivent toutes être remplies :

- a. être domicilié(e) au Grand-Duché de Luxembourg et y résider effectivement,
- b. être âgé(e) de 25 ans au moins,
- c. disposer de ressources inférieures au montant fixé par la loi (contrôle de ressources),
- d. être ressortissant d'un Etat membre de l'UE ou de l'EEE ou avoir résidé au Grand-Duché de Luxembourg pendant au moins 5 ans au cours des 20 dernières années.

Les exceptions :

<sup>230</sup> Soit en 2005 : €3.666,93.

- Les personnes qui soignent une personne atteinte d'une gravité nécessitant l'aide constante d'une tierce personne et
- Les personnes seules qui élèvent un enfant y ont également droit sous certaines conditions (âge de l'enfant, aidant informel d'une personne handicapée...).

Pour les personnes âgées non actives, seul le *complément du RMG* peut leur être alloué. Les personnes adultes en âge d'activité professionnelle peuvent bénéficier du *RMG-AT (affectation temporaire)*, ce qui correspond à un emploi subsidié, rémunéré selon le taux horaire du salaire social minimum. Les fonds accordés dans le cadre d'un *RMG-AT* ne sont pas restituables, alors que les fonds accordés comme *complément RMG* le sont.

Le complément est calculé sur base des ressources personnelles, mais ne peut jamais dépasser les montants maximaux indiqués au tableau 3.4.

Le Fonds National de Solidarité, l'organisme payeur, réclame la restitution des sommes versées au titre du complément

- au bénéficiaire « revenu à meilleure fortune,
- contre la succession du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession » (article 28 de la loi du 26 juillet 1986).

Le RMG est financé par le budget de l'Etat.

### 3.2.4. Complément Accueil Gérontologique (CAG)<sup>231</sup>

Avec l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance et le nouveau fonctionnement des établissements (Centres intégrés pour personnes âgées : CIPA ; maisons de soins : MS ; Centres psycho-gériatriques : CPG), les prix de pension des établissements ont considérablement augmenté, et ceci malgré une prise en charge totale des dépenses par l'assurance dépendance (cf. encadré 3.5).

Pour offrir un véritable choix en matière de CIPA, de MS ou de CPG aux personnes âgées à ressources personnelles modestes, les autorités ont introduit ce complément accueil gérontologique<sup>232</sup>.

Il s'agit d'une aide partielle destinée à absorber l'augmentation du prix de pension<sup>233</sup> opéré par les établissements en deçà d'un certain seuil. Les établissements de luxe, dont les tarifs sont très élevés, sont exclus de ce dispositif (cf. exemple concret en bas de page).

Pour devenir bénéficiaire il faut :

- être admis à durée indéterminée dans un CIPA, une MS ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit à condition que l'établissement soit dûment agréé (loi du 08.09.1998 (loi ASFT)), ou séjourner dans un hôpital et être considéré comme cas de '*simple hébergement*' (le cas de patients en hôpital aigu qui ne nécessitent plus de soins aigus),
- ne pas disposer de revenus et / ou d'épargnes suffisants pour couvrir le prix de pension.

Le complément est calculé en fonction

- des ressources personnelles du bénéficiaire<sup>234</sup>,

<sup>231</sup> On suggère de lire cette partie ensemble avec le chap. 3.6.1.4. et encadré 3.5.

<sup>232</sup> loi du 23 décembre 1998 portant création du complément accueil gérontologique.

<sup>233</sup> qui inclut le prix de pension complète ou partielle ainsi que l'accueil gérontologique.

<sup>234</sup> à savoir

- \* des revenus d'activité professionnelle,
- \* des revenus de biens mobiliers et immobiliers,
- \* des rentes et pensions,
- \* des allocations ou prestations,



- d'un montant mensuel immunisé sur ces ressources pour ses besoins personnels (argent de poche) et
- du prix de base mensuel de l'accueil gérontologique, voire du prix de pension ; ce dernier est annuellement fixé dans le cadre de la loi budgétaire et est de €2.156,18 en 2005 (cf. exemple explicatif en note en bas de page<sup>235</sup>).

Ce complément est financé par le l'Etat et est versé par le Fonds National de Solidarité (FNS) à l'institution et non au pensionnaire.

L'organisme payeur, le FNS, réclame la restitution des sommes versées à titre de complément

- au bénéficiaire « revenu à meilleure fortune,
- contre la succession du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession » (cf. article 15 de la loi du 23 décembre 1998)<sup>236</sup>.

**Tableau 3.3 : nombre de bénéficiaires moyens / an ; dépenses annuelles et complément moyen mensuel**

Année	Nombre de bénéficiaires	Dépenses	Montants mensuels moyens
2000		€ 2.566.928,11*	
2001	539	€11.302.948,22*	
2002	723	€4.926.848,84	€567,87
2003	658	€4.577.553,34	€579,73
2004	605	€4.680.027,21	€644,63

Source : Rapport général de la Sécurité sociale, IGSS 2004, p. 373 et 377.

\* Les montants mensuels moyens de 2000 et 2001 n'ont pas été calculés en raison d'une mise en œuvre progressive du dispositif de complément d'accueil gérontologique à compter de 1999.

La diminution du nombre de bénéficiaires et des dépenses s'explique par l'adoption parallèle de politiques de revenu destinées aux personnes âgées, comme

- les augmentations des pensions en 2004 et en 2005 ainsi que
- l'entrée en vigueur du **forfait éducation** (cf. 3.2.6. ci-dessous) en 2002 ;

Ce forfait éducation est le résultat d'une négociation tripartite en 2001 qui était fortement discutée au Luxembourg. Au Luxembourg tout comme dans d'autres Etats membres, on reconnaît de plus en plus que le niveau de vie des personnes âgées est plus élevé que celui de familles avec enfants<sup>237</sup>.

---

\* des pensions alimentaires,

\* de l'argent comptant, des avoirs en banque, etc.,

\* des actions, etc.

<sup>235</sup> A titre d'exemple, si le prix de pension mensuel de l'établissement est de €2.040,- et les revenus mensuels disponibles d'une personne âgée sont de €1.250,- le FNS considère la somme de €362,67 comme argent de poche et accorderait à cette personne âgée un complément mensuel de l'ordre de €1.152,67.

<sup>236</sup> Selon une pratique administrative, la restitution des montants alloués visant l'hypothèque sur la propriété immobilière ne se fait qu'en cas de vente de l'immobilier.

<sup>237</sup> Cf. données de PSELL 3/EU-SILC (2003) qui montrent que les niveaux de vie standardisés des familles nombreuses et des monoparentaux sont inférieurs à celui des couples sans enfants avec au moins 1 personne de plus de 65 ans (CEPS/INSTEAD, Differdange) ; ESPING-ANDERSEN, G., 2002, « A new gender contract » in Why we need a new Welfare State, Oxford: University press, insiste en plus sur les frais de garde d'enfants et de logement que les jeunes familles doivent supporter - contrairement aux personnes âgées (cf. aussi BERGER,F, « L'impact du loyer fictif sur la distribution des revenus » in *Population & Emploi* 2, 2004).

### 3.2.5. Allocation compensatoire de vie chère

L'allocation compensatoire de vie chère a été créée par la loi du 13 juin 1975 en faveur de certaines catégories de bénéficiaires de rentes et de pensions.

Seules sont éligibles les personnes qui ne bénéficient pas d'un complément RMG c'est-à-dire soit ceux qui ne remplissaient pas la condition de résidence du RMG<sup>238</sup>, soit ceux qui voulaient éviter la restitution des fonds RMG accordés (dans le cas de la succession).

Le FNS est responsable de la gestion de cette allocation.

Elle n'est plus allouée depuis l'entrée en vigueur du RMG en 1986 et disparaîtra par conséquent avec son dernier bénéficiaire.

Ainsi, en 1985 c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du RMG, on recensait 8.754 bénéficiaires ; ceux-ci n'étaient plus que 1.211 en 2004.

Elle n'est pas restituable.

Cette allocation est financée par le budget de l'Etat.

### 3.2.6. Forfait éducation

Selon la loi du 28 juin 2002, toute personne âgée de plus de 60 ans touche un forfait mensuel de €84,43 (brut, 2005) par enfant éduqué. Le forfait est accordé indépendamment des ressources personnelles, mais est lié au bénéfice d'une pension. Ce forfait n'est pas restituable car il s'agit d'un complément de pension.

Sont éligibles les personnes

- ayant consacré une période de 24 mois sous le chef de l'un des deux parents à l'éducation de l'enfant et à condition
- que l'intéressé puisse justifier d'une période de 12 mois d'assurance de pension pendant une période de référence de 36 mois avant la naissance ou l'adoption de l'enfant (...).

---

<sup>238</sup> 10 ans de résidence au cours des 20 dernières années, nécessaires à l'obtention du RMG

**Tableau 3.4 : assurances, allocations, aides sociales**

	<b>Assurance dépendance</b>	<b>Allocation de soins</b> N'est plus accordée	<b>RMG</b>	<b>Allocation comp. de vie chère</b> N'est plus accordée	<b>Complément accueil gérontologique</b>	<b>Forfait éducation</b>
<b>Texte de loi</b>	Loi du 19 juin 1998	Loi du 22 mai 1989	Loi du 26 juillet 1986	Loi du 13 juin 1975	Loi du 23 décembre 1998	Loi du 28 juin 2002
<b>Type</b>	Assurance	Aide sociale	Assistance sociale de droit	Aide sociale	Aide sociale	Complément de pension
<b>Autorité compétente</b>	Etat	Etat	Etat	Etat	Etat	Etat
<b>Organisme payeur</b>	UCM	FNS	FNS	FNS / caisses de pension	FNS	FNS
<b>Conditions</b>	- tout âge - être assuré UCM - besoins de plus de 3.5 heures/sem. de prestations	- plus de 65 ans - diminution des fonctions physiques et mentales - revenu brut du ménage inférieur à €3.666,92	- dès 25 ans - contrôle des ressources - être EEE ou 5 ans de résidence au cours des 20 dernières années - restituable	- bénéficiaire d'une rente/pension - ne pas être bénéficiaire du RMG	- être résident d'un CIPA, MS à durée indéterminée - contrôle des ressources	- plus de 60 ans - période de 24 mois consacrée à l'éducation de l'enfant - période de 12 mois d'assurance minimum au cours de la période de référence de 36 mois avant la naissance ou l'adoption de l'enfant
<b>Montants mensuels</b>	- <i>Prestation en espèces</i> maximum € 1.136,97. - <i>Taux horaire en établissem.</i> : €37,80 maximum : €	€567,80	Montant maximal : 1 adulte : €1.044,80 2 adultes : € 1.567,24	€71,50 (en moyenne)	Montant maximal pour AG accepté : €2.156,18	€84,43

	8.770,82. - <b>Taux horaire à domicile</b> : €49,98 maximum : € 6.633,39					
<b>Nbr. de bénéficiaires en 2004</b>	De plus de 60 ans : 5.730	169	De plus de 60 ans : 1.523	1.211	658	
<b>Restituable</b>	non restituable	non restituable	restituable	non restituable	restituable	Non restituable
<b>Éligibilité : nationalité et résidence</b>	Aucune condition, mais : * contrat de travail, affiliation UCM: bénéfice immédiat * affiliation facultative : stage de 1 an	domicilié au Lux. 10 ans sur 15 dernières années	Être domicilié au Lux. et y résider : *Soit citoyen UE ou EEE : bénéfice immédiat *Soit non UE, non EEE : y avoir résidé 5 ans sur 20 dernières années		Certificat de résidence ou équivalent	Etre domicilié au Luxembourg et y résider au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant

Les montants indiqués sont ceux en vigueur en janvier 2005.

### 3.3. L'assurance dépendance à domicile ou en établissement

Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance en 1999, les deux types de prise en charge, c'est-à-dire le maintien à domicile et la vie en établissement, fonctionnent selon les dispositions de la loi portant création de l'assurance dépendance (19 juin 1998). Le législateur a voulu davantage soutenir le maintien à domicile et ceci pour :

- rendre possible le souhait des personnes âgées de rester chez elles
- contrôler les dépenses.

Toutefois, vu l'évolution du nombre de bénéficiaires et des besoins en personnel, donc des dépenses, ce dernier objectif n'a certainement pas été atteint (cf. tableaux 3.1. et 3.5. ainsi que encadré 3.3).

Les conditions d'accès à l'AD (procédure de demande), l'évaluation et les prestations fournies sont exactement les mêmes pour le bénéficiaire à domicile ou en institution. C'est pour cette raison que nous présentons ces éléments avant d'exposer les spécificités des deux types de prise en charge : le maintien à domicile et l'institutionnalisation.

#### 3.3.1. Conditions d'accès

Toute personne

- *assurée (UCM)* – à l'exception des personnes ayant conclu une assurance facultative non continuée<sup>239</sup> pour lesquelles il y a la condition d'un stage d'une année.
- qui, à cause d'une *maladie prolongée ou d'un handicap physique, psychique ou mental*, a régulièrement besoin de l'aide d'une tierce personne et dont l'état de dépendance doit durer, selon toute *probabilité, plus de 6 mois*,
- qui peut faire valoir des *besoins d'aide aux actes essentiels de la vie de plus de 3,5 heures/semaine*

est considérée comme 'dépendante' et peut bénéficier des prestations de l'assurance dépendance selon un plan de prise en charge proposé par la Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO).

#### **Encadré 3.1: Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)**

La CEO est un service public placé sous l'autorité du Ministre de la sécurité sociale et rattaché à l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS).

Elle est multidisciplinaire, composée de médecins, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes et assistants sociaux.

Elle est « en quelque sorte la cheville ouvrière de l'assurance –dépendance » (Questions sociales, Vol 7, 1999, p. 105).

Ses attributions sont celles :

- \* de constater l'état de dépendance,
- \* d'émettre des avis concernant l'attribution des prestations (...),
- \* de classer les personnes dépendantes pour l'entrée en établissement suivant les critères d'urgence,
- \* de centraliser les données sur l'offre en établissement ou en centre de jour,
- \* de conseiller l'organisme chargé de la gestion de l'AD – l'UCM - et les ministres chargés du financement des infrastructures et de l'agrément des établissements,
- \* d'informer et de conseiller les personnes protégées, les médecins et les professionnels des aides et des soins (...) (cf. art. 385 du CAS).

La CEO est une équipe de 40 ETP (mars 2005).

La demande peut être introduite

<sup>239</sup> personne qui cotise sans avoir eu une relation de travail auparavant. Tout nouvel assuré (affilié à travers une relation de travail) peut directement bénéficier de l'assurance dépendance.

- soit par le requérant ou l'un de ses proches,
- soit par l'établissement ou le réseau.

### 3.3.2. Evaluation de la dépendance, réévaluation et décision

L'évaluation de la dépendance se caractérise par l'interdisciplinarité (équipe multidisciplinaire de la CEO) et l'individualisation. Elle se fait en deux étapes :

- celle d'une évaluation médicale faite par le médecin de la CEO et
- celle d'une évaluation de la dépendance faite par un professionnel de la santé, membre de la CEO.

(i) L'**évaluation médicale** est faite par le médecin de la CEO à l'aide d'indications fournies par le médecin traitant. Elle sert à déterminer la cause de la dépendance. Le médecin de la CEO peut proposer des mesures de rééducation et de réadaptation pour retrouver un maximum d'autonomie ou stabiliser l'état de dépendance, ceci selon le principe de la priorité des mesures de *réhabilitation* avant la *prise en charge de la dépendance*.

(ii) L'**évaluation de la dépendance** se fait sur base d'un questionnaire composé de deux volets,

- l'un concerne l'utilisateur lui-même<sup>240</sup>,
- l'autre concerne la 'personne significative' : il s'agit
  - soit d'un proche, pour le cas des personnes vivant à domicile,
  - soit d'un professionnel de l'établissement, désigné par l'utilisateur.

L'évaluation se fait dans le milieu de vie de la personne dépendante (à domicile ou en institution).

Dans le cadre de la loi du 19 juin 1998, il existe trois catégories de pathologies particulièrement graves (spina bifida, malentendance ou malvoyance, troubles de la parole) pour lesquelles on préconise une intervention forfaitaire de l'ordre de €649,70/mois (janvier 2005) ; dans ces cas, seule l'*évaluation médicale* du médecin de la CEO (sub (i)) est nécessaire ainsi que celle d'un spécialiste les domaines en question.

Si les personnes concernées considèrent avoir droit à des prestations allant au-delà du forfait, elles peuvent se faire évaluer de façon habituelle avec les deux volets susmentionnés ((i) et (ii)).

Suite à cette évaluation, la CEO établit un relevé-type qui précise les aides et soins pour les actes essentiels de la vie, les tâches domestiques, les activités de soutien, les activités de conseil avec le crédit d'heures hebdomadaires, les appareils et l'adaptation du logement, auxquels le bénéficiaire a droit.

Par la suite, les procédures diffèrent selon que l'on reste à domicile ou que l'on est en établissement.

Si une **réévaluation** est considérée nécessaire (pour des causes d'aggravation et, dans de rares cas, d'amélioration), elle peut être faite à la demande du bénéficiaire, des membres de sa famille, du réseau ou de l'établissement, ou encore sur initiative de la CEO ou de l'UCM. Aucune échéance n'est prévue par la loi.

Il appartient à l'UCM de prendre toutes les **décisions** en matière d'assurance dépendance, qu'il s'agisse du plan de prise en charge, du remplacement d'un type de prestation par un autre ou d'un accord en matière d'adaptation du logement ou d'appareils, et ceci toujours sur avis motivé de la CEO.

<sup>240</sup> Dans le cas d'utilisateurs qui ne peuvent pas répondre eux-mêmes (démence etc.), cette fonction est prise en charge par le tuteur/parent ou un proche qui connaît très bien l'utilisateur.

### **Encadré 3.2 : Union des Caisses de Maladie (UCM)**

« La gestion de l'assurance dépendance est assurée par l'UCM. » (art. 380 du CAS).

Il s'agissait « d'utiliser les structures administratives existantes de l'assurance maladie et, pour autant que nécessaire, celles du Centre Commun de la Sécurité sociale » (Questions sociales vol. 7, p. 109).

L'UCM est un établissement public créé par la loi du 27 juin 1992 portant réforme de l'assurance maladie.

Les attributions de l'UCM dans le cadre de l'AD sont multiples et concernent :

- soit *les bénéficiaires* quant à la détermination du bénéfice, à la décision du plan de prise en charge, à la mise à disposition des d'appareils, à la suppression des prestations ou au retrait de la prestation en espèces, etc.
- soit *les prestataires* quant à la conclusion des contrats d'aides et de soins et à la négociation de la valeur monétaire, etc.
- soit des *fournisseurs d'appareils*
- soit des *particuliers ou des assureurs de responsabilité civile*
- soit des *organismes d'assurances sociales étrangères*, etc.

### **3.3.3. Prestations**

Chaque prestation à domicile ou en établissement est définie par

- le contenu de l'acte,
- sa réalisation totale ou partielle,
- la fréquence de réalisation (5 fois/jour, 1 fois/semaine, etc.),
- la clientèle,
- la durée de la prestation, qui est pondérée par 2 coefficients, à savoir :
  - le *coefficient de qualification* (celui de l'aide socio-familiale est de 1.0, alors que celui pour tâches domestiques est de 0.7)<sup>241</sup> et
  - le *coefficient d'intensité* qui permet de tenir compte du nombre de personnes qu'un professionnel peut prendre en charge<sup>242</sup>.

Les valeurs monétaires du taux horaire sont négociées chaque année entre l'UCM et les groupements professionnels des réseaux pour le maintien à domicile et les groupements des établissements pour le stationnaire<sup>243</sup>, ceci sur base des réalisations de l'année écoulée.

Le tarif des différentes prestations est défini par la durée de la prestation, le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Ce dernier est toujours de 1.0 à l'exception des CPG avec un coefficient d'intensité de 0,25<sup>21</sup>.

<sup>241</sup> Voici des exemples concrets pour le *coefficient de qualification* : pour les actes essentiels de la vie, le coefficient de qualification est toujours de 1.0, à l'exception de la nutrition entérale réservée aux infirmiers avec coefficient 1.1 ; pour les activités de conseil et de soutien, il varie entre 1.0 et 1.6 ; pour une prise en charge en centre de jour spécialisé (CPG), il est de 0.25 puisqu'on admet qu'un professionnel prend 4 personnes âgées en charge.

<sup>242</sup> Voici des exemples concrets pour le *coefficient d'intensité* : pour l'ensemble des prestations, un professionnel prend 1 personne en charge : le coefficient d'intensité est de 1.0 ; or, en CPG, un professionnel peut prendre en charge 4 personnes : le coefficient est alors de 0.25

<sup>243</sup> La COPAS: Confédération Luxembourgeoise des Prestataires et Ententes dans les domaines de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes. Elle est l'interlocuteur de l'UCM.

Selon les prestataires et les autorités, les besoins des personnes dépendantes sont couverts par les prestations d'aides et de soins proposées. Toutefois certaines prestations ne sont pas prévues telles que la garde de nuit et la distribution des médicaments :

- La garde de nuit : selon les textes de loi, les réseaux sont obligés d'être opérationnels pendant 14 heures (de 6 à 22 heures). Dans le cadre de l'assurance dépendance, un maximum de 12 heures/semaine de **soutien** est alloué. Si les réseaux assurent la garde en dehors ou en supplément du plan de prise en charge, le tarif horaire de €49.98 rend cette offre virtuelle. Des arrangements privés se sont développés. Un des réseaux, Stëftunf Hëllef doheem, fonctionne comme 'intermédiaire' entre des usagers à la recherche d'une garde et des personnes prêtes à l'assumer, et ceci pour un tarif de €10,-/heure. Vu cette lacune, le Ministère de la Famille a chargé ce réseau de concevoir un projet/mode de fonctionnement pour la garde de nuit. La législation du travail rend toutefois difficile l'organisation des conditions de travail.
- La distribution des médicaments reste à la charge des personnes dépendantes.

Contrairement à l'assurance maladie-maternité, les bénéficiaires de l'assurance dépendance ne sont pas soumis à une contribution aux prestations.

### **3.4. Les organismes œuvrant dans le maintien à domicile et l'hébergement des personnes âgées**

De nombreuses conditions de fonctionnement des établissements sont identiques aux organismes œuvrant dans le domaine du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement. Seuls les logements encadrés diffèrent légèrement (cf. 3.6.2.3.).

Quant à l'ensemble des services destinés aux personnes âgées, la tutelle incombe depuis 1999 au Ministère de la Famille. Les seules exceptions sont les services hospitaliers aigus et de rééducation gériatrique qui sont, quant à eux, sous la tutelle du Ministre de la Santé.

#### **3.4.1. Agrément**

Selon le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999, tout service pour personnes âgées doit être agréé par le ministre de la Famille. C'est le cas des CIPAS, MS, LE ainsi que des réseaux et CPG. L'agrément est accordé pour une durée illimitée ou limitée ; il peut être refusé ou retiré si les conditions de l'agrément ne sont pas /plus remplies.

Les agréments diffèrent selon les attributions, autrement dit, selon le type de service.

Pour être agréé, le service doit :

- remplir les conditions d'honorabilité,
- répondre aux normes concernant les immeubles/locaux,
- correspondre aux normes minima de salubrité et de sécurité,
- disposer d'un personnel qualifié en nombre suffisant disposant d'attestations de la connaissance de langues<sup>244</sup>,
- présenter la situation financière et un budget prévisionnel,
- garantir l'accessibilité des activités à tout usager, indépendamment de toute considération idéologique, philosophique ou religieuse.

Pour pouvoir dispenser des prestations dans le cadre de l'AD, le réseau doit conclure un **contrat d'aides et de soins** avec l'UCM contenant deux parties :

---

<sup>244</sup> « Les agents du personnel d'encadrement doivent attester qu'ils comprennent et arrivent à s'exprimer dans au moins deux des langues usuelles du pays, dont le luxembourgeois » (cf. art. 13 du Règlement grand-ducal du 8 décembre 1999).



- le contrat d'aides et de soins proprement dit et
- les annexes avec
  - un cahier de charge composé de 10 sous annexes ainsi qu'
  - un modèle type du contrat de prise en charge (à utiliser pour définir le cahier des charges entre réseau et usager).

Tous les organismes sont obligés de conclure une convention collective de travail ; le minimum requis est celle de la convention des secteurs d'aides et de soins (SAS)<sup>245</sup>.

Tous les organismes agréés sont contrôlés au moins une fois/an par un fonctionnaire du Ministère de la Famille.

### 3.4.2. Personnel

Les normes suivantes concernent le personnel d'encadrement de tous les services/réseaux et institutions destinées aux personnes âgées ; notons

- quant à la **qualification requise**<sup>246</sup> :
  - pour les *tâches domestiques*, le salarié peut être non qualifiée,
  - pour les *actes essentiels de la vie et les activités de soutien*, les organismes doivent engager des personnes disposant du diplôme d'aide socio-familiale (ASF), voire engager des personnes non qualifiées qui s'inscrivent toutefois à la formation d'aide socio-familiale (formation qui se réalise en cours d'emploi<sup>247</sup>),
  - pour les *soins à domicile*, les requis minimaux sont ceux d'infirmier gradué, d'infirmier diplômé, d'infirmier psychiatrique ou d'aide soignant ;
- quant aux **équipes** : le *minimum* requis est de 3 ETP pour les services d'aides et de soins (règlement grand-ducal du 8 décembre 1999). Le nombre réel de salariés dépend de l'activité réalisée et de l'organisation interne ; celui-ci relève donc de la compétence des réseaux. C'est au niveau des agréments que le nombre précis de salariés est fixé. ;
- quant aux **équipes et qualifications** : au moins 80 % du personnel d'encadrement doit être qualifié – y compris les salariés en formation (ASF par exemple). Le nombre de salariés en formation ne peut en aucun cas dépasser celui des salariés qualifiés ;
- quant aux **langues** : les professionnels d'encadrement doivent attester qu'ils comprennent et arrivent à s'exprimer dans au moins 2 des 3 langues usuelles (nationales et officielles) du Luxembourg, dont le luxembourgeois.

Le texte de règlement (8 décembre 1999) préconise des normes de personnel minimales bien inférieures aux normes stipulées par l'assurance dépendance (cf. encadré 3.3), ce qui fait que les effectifs de personnel sont, en réalité, bien supérieurs à ceux prévus par le règlement du 8 décembre 1999.

Ces normes sont définies en fonction du type d'établissement (CIPA, MS, CPG, etc.)

- a. en fonction du nombre de résidents / usagers et du 'degré' de dépendance

---

<sup>245</sup> cf. règlement grand-ducal du 6 juin 2004. Deux autres régimes existent, celui relevant de la fonction publique et celui de l'Entente des hôpitaux : ceux-ci sont encore plus avantageux pour le salarié que la convention SAS.

<sup>246</sup> Cf. liste exhaustive de qualifications admises à l'art. 14 du règlement grand-ducal du 8 décembre 1999.

<sup>247</sup> formation qui s'étale sur 2 ans avec 270 heures d'enseignement théorique et technique, avec 80 heures de stage et la constitution d'un dossier de formation (à réaliser par le stagiaire) qui rend compte des expériences et des acquis ; une fois qu'ils ont reçu le diplôme de ASF, ces salariés rentrent dans une catégorie de rémunération supérieure.

- b. en fonction de besoins précis à certains moments de la journée (par exemple pour un CIPA de plus de 100 résidents, la présence d'une infirmière est obligatoire 24h/24 h (cf. encadré 3.5)).

### **Encadré 3.3 : Personnel en CPG, en CIPA, en MS**

Les minima indiqués dans les textes de loi ne concernent que le personnel encadrant, les professionnels qui entourent la personne âgée sans tenir compte du personnel administratif, technique, les services de nettoyage etc.

Ces minima ne tiennent pas compte non plus des besoins en aides et soins des résidents nécessaires à la mise en œuvre des prestations de l'assurance dépendance. Ainsi, le ratio 'pensionnaires– professionnel' est en réalité bien supérieur aux minima requis par le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999. Voici à titre d'exemple les taux pour les CIPA et MS coordonnés par la COPAS (données fournies par COPAS):

Pour 20 **CIPA**, on<sup>248</sup> avait en 2003

1.245,57 ETP, dont 769,35 d'encadrants pour

1.735 pensionnaires,

ce qui donne un ratio de 1.39 pensionnaires par 1 ETP (tout type confondu) et 2.26 pensionnaires pour 1 ETP *encadrant*, alors que le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 ne prévoit, pour un CIPA qui n'accueillerait que des personnes nécessitant plus de 15 heures hebdomadaires, qu'1 ETP pour 2.5 pensionnaires (les CIPA accueillent en moyenne 14.55% de personnes à dépendance lourde (2003)).

Pour 10 **maisons de soins** coordonnées, on note

975,93 ETP, dont 769,78 d'encadrement pour

988 pensionnaires,

Ce qui donne un ratio de 1.01 pensionnaires par 1 ETP (tout type confondu), 1.28 pensionnaires alors qu'ils pourraient accueillir 2.5 pensionnaires par 1 ETP.

Etant donné que le maintien à domicile se développe de plus en plus, les pensionnaires se trouvant en établissement ont un degré de dépendance très élevé, et ce taux augmente d'une année à l'autre, ce qui aura pour effet une augmentation continue du personnel encadrant.

## **3.5. Le maintien à domicile**

L'objectif principal de l'AD est le maintien à domicile. Deux instruments en sont les piliers :

1. les réseaux qui assurent l'ensemble des prestations au quotidien et
2. les centres psychogériatriques (CPG), c'est-à-dire les foyers de jour, destinés à donner du répit aux proches et à maintenir les personnes âgées à domicile.

Un des trois réseaux, **Hellef doheem**, le réseau le plus important dispose de 8 CPG (Hellef doheem), alors qu'un autre, **Association Luxembourg Alzheimer**, gère essentiellement des CPG, actuellement au nombre de 6.

### **3.5.1. Les réseaux**

Depuis l'introduction de l'AD, les services qui fonctionnaient séparément auparavant ont dû s'organiser en **réseau** afin d'offrir l'ensemble des prestations requises en matière d'aides et soins relatifs aux actes essentiels, au conseil et au soutien, ainsi qu'aux tâches domestiques (selon la loi de l'AD). Trois réseaux existent à l'heure actuelle :

- **Hellef doheem** est une fondation ;
- **HELP avec différents partenaires**, « Doheem versuergt » (Croix Rouge), « Muselheem », « Syrdallheem » et « Uelzechtdall » ;

<sup>248</sup> Données de la COPAS.

- **ALA, Association Luxembourg Alzheimer**, réseau qui est essentiellement promoteur de Centres psycho-gériatriques, conseille et oriente les familles des personnes concernées.

Les conditions de fonctionnement des services ont changé avec l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance, et ceci quant

- à la qualification du personnel : exigences plus élevées,
- au fonctionnement conjoint des équipes d'*aides et de soins*, qui fonctionnaient séparément avant l'AD,
- au financement,
- au fonctionnement administratif avec par exemple une forme d'enregistrement statistique des prestations fournies qui est hautement plus complexe que celui d'avant,
- au fonctionnement tous les jours de l'année pendant au moins 14 heures/jour (règlement grand-ducal du 8 décembre 1999, art.5), etc.

Ces trois prestataires sont des organismes non-lucratifs. Mais un réseau pourrait également adopter la forme juridique d'une société à but commercial, à condition qu'il remplisse les conditions d'agrément, qu'il ait signé un contrat d'aides et de soins avec l'UCM et une convention collective de travail.

### 3.5.1.1. Agrément des réseaux, contrats et contrôle

(i) Pour se constituer en réseau, les services doivent disposer d'un **agrément d'aides et de soins** à domicile, incluant le conseil et le soutien.

Les réseaux s'engagent à dispenser *tous* les aides et soins mentionnés dans la loi assurance dépendance<sup>249</sup> y compris une offre de CPG pour le soutien des familles (volet 'soutien'). Les réseaux peuvent sous-traiter certains volets, par exemple celui du soutien. L'aspect de la coordination est l'un des principes-clé de l'AD afin d'aller au-delà d'une séparation entre les aides et les soins et de disposer d'une coordination autour du bénéficiaire, assurée par le réseau.

(ii) Les réseaux doivent signer un **contrat d'aides et de soins avec l'UCM** afin de pouvoir fonctionner dans le cadre de l'AD.

(iii) Les organismes oeuvrant dans le domaine du maintien à domicile, les réseaux et CPG, doivent conclure une **convention avec le ministère de la Famille** afin de faire bénéficier les usagers non-AD de la **tarification sociale** :

#### **Encadré 3.4 : Tarification sociale par le Ministère de la Famille**

Le **champ d'application** de la tarification sociale est le suivant :

- \* les prestations de l'accueil gérontologique en cas d'admission en CIPA, MS pour une durée de moins de 60 jours,
- \* les prestations de l'accueil gérontologique en CPG (foyer de jour),
- \* les prestations d'aides et de soins à domicile ou en CPG si celles-ci ne sont pas prises en charge par l'assurance dépendance.

Les **personnes éligibles** sont :

- \* les personnes affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance dépendance<sup>250</sup> et

<sup>249</sup> Les actes inscrits à la nomenclature des infirmiers et retenus dans le cadre du plan de prise en charge sont obligatoirement dispensés par un réseau et non par un aidant informel.

<sup>250</sup> Par exemple : pour des besoins d'aides et de soins d'une durée probable de moins de 6 mois ou des besoins de moins de 3.5 heures/semaine.

\* les personnes non affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise, pour lesquelles une décision est prise au cas par cas.

L'accès à la tarification sociale est conditionné par un contrôle des ressources personnelles<sup>251</sup>. Le tarif horaire à payer par l'usager varie en fonction de son revenu et de la composition du ménage ; il existe un barème qui définit les différents taux de participation. Celui-ci est adapté tous les ans en fonction de l'évolution de la valeur monétaire des prestations de l'assurance dépendance et de l'indice du coût de la vie.

Le tarif horaire maximal est celui du maintien à domicile, négocié entre l'UCM et la COPAS (en 2005 : €49,98). Le plafond de revenu au-delà duquel la tarification n'est plus accordée a été fixé à €2.608,63 pour 1 personne.

La tarification sociale ne peut être accordée qu'aux personnes en maintien à domicile, en CPG – le CPG étant considéré comme 'instrument' du maintien à domicile et en cas de séjour de courte durée en CIPA ou en MS (moins de 60 jours) pendant le congé de l'aidant informel.

Le Ministère de la Famille et le réseau signent une convention annuelle en retenant des tarifs adaptés à la composition familiale et aux ressources du ménage (barème) qui varie entre un tarif horaire de €3,85 et le tarif à domicile de l'AD de €49,98 (2005).

Les prestations d'aides et de soins réalisées aux non-bénéficiaires de l'AD venant d'Etats tiers (qui n'ont pas droit à l'assurance dépendance) leur sont facturées ; si ces personnes ne remplissent pas les conditions de la tarification sociale, elles doivent les prendre en charge elles-mêmes.

Les résidents des établissements, qui sont en dessous du seuil minimal de l'AD ont droit aux aides et soins nécessaires, compris dans l'accueil gérontologique et ainsi dans le prix de pension. La demande doit être introduite via le réseau.

La réglementation européenne (1408/71/CE) autorise l'accès aux soins et à certaines prestations pour l'ensemble des citoyens de l'UE. Toutefois, la tarification sociale est considérée comme **aide sociale**, elle ne fait pas partie des prestations visées par ce règlement. Elle est allouée au cas par cas selon les conditions stipulées dans le cadre de *la convention définissant la participation de l'Etat dans le cadre de la tarification sociale pour les mesures de maintien à domicile en faveur des personnes âgées* du Ministère de la Famille.

Environ 2.500 personnes recevant des aides et soins bénéficient de la tarification sociale. Elles sont quasiment toutes assurées UCM : soit que leurs besoins d'aides et de soins restent en dessous du seuil de l'assurance dépendance, soit qu'elles bénéficient d'aides et de soins qui dépassent le plan de prise en charge, soit qu'elles sont des assurés UCM en stage, donc en attente du bénéfice de l'assurance dépendance (12 mois), le cas de très peu de personnes selon les responsables du Ministère de la Famille.

(iv) Le réseau est tenu de conclure avec la personne âgée un **contrat de prise en charge** l'obligeant à respecter le plan de prise en charge contenue dans la décision de l'UCM.

(v) Quant aux salariés, le réseau, tout comme les autres organismes d'hébergement, doivent conclure une convention collective de travail 'ouvriers et employés privés du secteur d'aides et de soins' (**convention SAS**, règlement grand-ducal du 6 juin 2003).

### 3.5.1.2. Prestations fournies à domicile

<sup>251</sup> Sont considérés tous les revenus hormis les allocations familiales et la prestation en espèces ; peuvent être déduits du montant des revenus, le loyer (jusqu'à concurrence d'un certain montant en fonction de la composition du ménage), les mensualités d'un prêt hypothécaire, etc.

Les réseaux d'aides et de soins doivent offrir *toute* la gamme de services *d'aides et de soins nécessaires au maintien à domicile* – ceci pour fonctionner en tant que 'guichet unique' facilitant l'opération pour l'usager au quotidien<sup>252</sup>.

### Les prestations fournies par l'AD

Il existe cinq types de prestations fournis par l'assurance dépendance. Les trois premiers types de prestations peuvent être fournis régulièrement ((i), (ii) et (iii)), les deux derniers sont des prestations ponctuelles (conseil et produits/adaptation du logement) ; elles sont fixées au cas par cas. Ces sont :

- (i) les aides aux actes essentiels de la vie :
  - a. d'hygiène corporelle (se laver, se brosser les dents, etc.)
  - b. de nutrition (préparer les repas, manger, boire)
  - c. de mobilité (se lever, se coucher, se déplacer, etc.),
- (ii) les tâches domestiques : entretenir le logement, le linge, faire les courses et la vaisselle,
- (iii) les activités de soutien : garde à domicile, accompagnement pour les courses et les sorties, fréquentation d'un centre de jour spécialisé,
- (iv) les conseils : mesures en faveur de l'aidant informel (formation, conseil, soutien),
- (v) la prise en charge de produits et d'appareils nécessaires au maintien à domicile et l'adaptation du logement.

Les **soins à domicile** consistent en toute activité de prestations de soins relevant des attributions des professions de santé.

Le bénéficiaire de l'assurance dépendance dispose de trois options :

- Il peut choisir l'un des réseaux pour l'ensemble des prestations ; il reçoit alors uniquement des **prestations en nature**,
- Dans le cas d'une légère dépendance nécessitant une assistance de moins de 7 heures/semaine, l'aidant informel peut assurer l'ensemble des prestations ; il reçoit alors uniquement une **prestation en espèces**,
- Le bénéficiaire peut également choisir des prestations mixtes, des prestations **en nature et en espèces** ; Dans ce cas, un **plan de partage** doit être signé entre l'aidant informel et le réseau.

### La prestation en espèces :

Il faut noter qu'une partie des *aides aux actes essentiels* et des *tâches domestiques* peut être réalisée par un '*aidant informel*', un proche de l'usager. Dans ce cas, un **plan de partage** est retenu, définissant les prestations assurées par l'aidant informel et celles assurées par le réseau. Ce plan de partage est signé entre l'aidant informel et le réseau. L'intervention de l'aidant informel est financée sur base de la **prestation en espèces** octroyée à la personne âgée qui rémunère son aidant informel, et ceci pour un maximum de 10,5 heures/semaine au taux de 50% du tarif des réseaux, ce qui revient à un maximum de €1.136,97/usager (2005)<sup>253</sup>. La prestation en espèces ne peut être allouée qu'en maintien à domicile et uniquement pour l'aide aux actes essentiels de la vie et pour les tâches domestiques.

L'**aidant informel** peut bénéficier de **conseils** (apprentissage des gestes de soins adéquats) pris en charge par l'AD. Il a droit à un remplacement de 3 semaines (congé) ainsi qu'à des jours de répit via un accord de prestations de soutien, par exemple, le placement de la personne dépendante certains jours de la semaine en foyer spécialisé (CPG).

---

<sup>252</sup> Le demandeur peut faire appel soit à la CEO, soit à l'un des réseaux pour lancer les procédures nécessaires.

<sup>253</sup> En plus de la prestation en espèces, l'Etat prend en charge les cotisations pour l'assurance pension pour l'aidant informel.

### Encadré 3.5 : intervention limitée de l'aidant informel

Le législateur a opté pour une limitation de la prestation en espèces à un maximum de 10.5 heures/semaine malgré le fait que les prestations réalisées par un réseau constituent un investissement plus élevé pour l'assurance dépendance : le taux horaire de l'aidant informel est de 50% de celui des réseaux. Ce choix fut pris « en raison d'une priorité donnée aux prestations en nature, justifiée par la recherche d'une prise en charge de qualité »<sup>254</sup>.

Une fois les négociations entre le réseau et l'utilisateur terminées, le **plan de prise en charge définitif** contenant, le cas échéant, le **plan de partage**, est retenu par l'UCM.

Lorsqu'il s'agit de la seule prestation en espèces, la personne âgée ne conclut aucun contrat ; ses mensualités lui sont transférées par l'UCM.

#### 3.5.1.3. Personnel

Depuis l'introduction de l'AD, les prestations se sont développées au point que les effectifs des réseaux ont *triplé* :

**Tableau 3.5 : personnel des réseaux et CPG entre 1999 et 2003 en ETP**

	1999	2000	2001	2002	2003
Personnel réseaux	273	438	613	768	882
Personnel CPG	65		99	125	139
Total	<b>338</b>		712	893	<b>1.021</b>

Source : Rapport général sur la sécurité sociale, IGSS, 2003, p. 183 ; ces données ne concernent que les personnes âgées et sont arrondies.

Ainsi,

- le réseau *Stiftung Hëllef doheem* avait commencé en 1999 avec 250 collaborateurs et occupait début 2005, 1.200 salariés ;
- *HELP* occupait 500 salariés début 2005 et avait commencé avec 27 salariés en 1999 ;
- *ALA* disposait début 2005 de 6 CPG avec 81 salariés et en 1999 de 2 CPG avec une vingtaine de salariés.

Les exigences de l'assurance dépendance en matière de qualification professionnelle sont telles que l'un des réseaux emploie à hauteur de 39% des infirmiers. Ceux-ci effectuent des actes relevant aussi de la compétence d'un aide soignant, financés comme actes à coefficient de qualification inférieur, ceci afin d'économiser des déplacements supplémentaires d'autres professionnels.

#### 3.5.1.4. Financement des services de maintien à domicile

Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance dépendance, les associations ont dû se constituer en réseau, sont **agréés par le ministre de la Famille**, et concluent un **contrat d'aides et de soins** avec l'UCM. Ils sont financés par

- les clients bénéficiaires de l'assurance dépendance – par le système du tiers payant,
- les clients bénéficiaires de l'assurance dépendance pour les prestations qui dépassent le plan de prise en charge,
- des personnes dépendantes non-bénéficiaires de l'assurance dépendance,
- les personnes bénéficiant de la tarification sociale (cf. encadré 3.3) pour lesquelles les usagers contribuent aux coûts réels des prestations réalisées ; c'est le ministère de la Famille qui prend en charge le cofinancement.

<sup>254</sup> Questions sociales, 1999, vol 7, p. 70.

Aucune autre source de financement ne leur est accordée, à l'exception de dons.

### 3.5.1.5. Participation financière des personnes âgées

Depuis l'introduction de l'AD, les prestations fournies sont directement prises en charge par l'UCM – selon le système du tiers payant. L'utilisateur n'y contribue plus. Toutefois, les actes demandés par les clients dépassant le **plan de prise en charge** leur sont facturés selon le taux horaire en vigueur (€49,98/heure en 2005).

Les *services de soins* nécessitant un personnel qualifié (infirmiers/ères) sont toujours financés sur base des actes préconisés par l'assurance maladie-maternité.

Les réseaux d'aides et de soins facturent les actes réalisés aux personnes *non-bénéficiaires de l'assurance dépendance* selon le même tarif de €49,98/heure. D'éventuels usagers sont des personnes assurées autrement, par exemple les fonctionnaires des institutions européennes et internationales ou des personnes en 'stage UCM', voire des assurés UCM qui n'ont pas droit aux prestations puisque la durée de leur prise en charge est inférieure à 6 mois, et leurs besoins sont inférieurs au seuil des 3.5 heures /semaine.

**Tableau 3.6 : Evolution du tarif horaire de l'assurance dépendance**

	<b>A domicile</b>	<b>En établissement</b>
1999	LuF 1.500,- (€37,18)	LuF 1.420,- (€35,20)
2000	LuF 1.520,- (€37,68)	LuF 1.420,- (€35,20)
2001	LuF 1.800,- (€44,62)	LuF 1.360,- (€33,71)
2002	€45,30	€34,50
2003	€47,70	€35,80
2004	€48,00	€35,82
2005	€49,98	€37,80

La différence entre le tarif à domicile et celui en établissement s'explique par les déplacements etc. Initialement, cette différence avait été sous-évaluée, d'où une adaptation en 2001.

Résumons les trois configurations de 'participation financière' de la part des usagers :

1. les prestations en nature selon le plan de prise en charge ne sont pas facturées au bénéficiaire de l'AD mais prises en charge par l'UCM via le tiers payant ;
2. les prestations sont facturées au prix réel aux non-bénéficiaires de l'AD – le cas des fonctionnaires internationaux et de non-Communautaires;
3. les prestations sont facturées sur base de la tarification sociale avec des tarifs adaptés aux ressources et à la composition familiale à des personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l'AD mais assurés luxembourgeois.

### 3.5.2. Les Centres psycho-gériatriques (CPG)

Cette offre s'adresse aux personnes à domicile. Le CPG est un dispositif de maintien à domicile. Dans le cadre de l'assurance dépendance, l'offre des CPG est considérée comme activité de soutien d'un maximum de 12 heures/semaine.

Le CPG doit garantir un **accueil gérontologique** et thérapeutique, de jour (et de nuit), à au moins 3 personnes âgées et/ou affectées de troubles à caractère psycho-gériatrique. L'*accueil gérontologique* contient des prestations diverses de restauration, d'assistance au niveau de la vie quotidienne, de guidance socio-familiale et psycho-médico-sociale, etc., d'aides et de soins comprenant les actes essentiels de la vie, pris en charge par l'AD.

Les CPG fonctionnent essentiellement pour une prise en charge durant la journée : en général, les CPG sont ouverts de 8 à 18 heures et assurent un des 2 jours du week-end. Selon le texte de

loi, l'ouverture et la permanence d'accueil doivent être garanties pendant au moins 46 semaines dans l'année et 4 jours et 20 heures par semaine. Un service de transport est offert et utilisé par la plupart des usagers.

Un service de nuit a été développé récemment par un CPG de la *Stiftung Hëllef doheem* avec le but de permettre aux proches de bénéficier de nuits de repos ininterrompues<sup>255</sup>.

Rappelons que les dépenses de ce type de prestation incombent à 100% aux usagers, étant donné qu'il n'est pas prévu dans le cadre de la loi « assurance dépendance » (cf. chap.3.3.3).

### 3.5.2.1. Agrément et contrats

Outre les conditions générales (cf. 3.4.), les Centres psycho-gériatriques (CPG) doivent :

- (i) disposer d'un **agrément 'CPG' d'aides et de soins qui inclut le conseil, le soutien et l'accueil gérontologique** (art. 4 du règlement grand-ducal du 8 décembre 1999),
- (ii) conclure un **contrat d'aides et de soins** avec l'UCM pour les prestations de l'assurance dépendance,
- (iii) signer une **convention collective de travail** et
- (iv) conclure une convention **avec le ministère de la Famille** afin de faire bénéficier leurs usagers non-assurés (assurance dépendance) de la **tarification sociale**.

Selon les dispositions de l'**accueil gérontologique** (cf. (i)), le CPG doit

- conclure un contrat de prise en charge avec toute personne âgée,
- établir un projet d'orientation (précisant les conceptions de l'accueil gérontologique),
- établir un projet d'accueil et de soins par catégorie d'usagers tout comme c'est le cas pour les CIPA et les MS (cf. ci-dessous).

### 3.5.2.2. Personnel

Outre les conditions normales générales de personnel (cf. 3.4.2.), un CPG doit disposer d'au moins 3 ETP et d'au moins 3 ETP par tranche complète de 12 usagers.

La permanence d'accueil et de soins doit être assurée pendant les heures d'ouverture par au moins un professionnel qualifié (comme ASF, agent faisant valoir une des qualifications énumérées ci-dessus).

Pour le CPG, le coefficient d'intensité (AD) est de 0.25 puisqu'on admet que 4 usagers sont pris en charge par 1 professionnel (cf. 3.3.3.).

Ainsi, les *12 h/sem.* de soutien accordées par l'AD constituent une prise en charge en CPG de *6 jours/sem.* (entre 8 et 18 heures) pour la personne âgée.

### 3.5.2.3. Financement des services

Depuis janvier 1999, ces services sont financés par

- les tarifs journaliers de €20,00/jour en 2005 et
- la réalisation des prestations d'aides et de soins (AD) qui sont financées
  - soit par l'UCM, dans le cas de personnes bénéficiaires de l'AD
  - soit par les usagers eux-mêmes dans le cas de personnes non bénéficiaires de l'AD.

---

<sup>255</sup> En cas de démence, les malades sont souvent irrités pendant la nuit, deviennent dangereux pour eux-mêmes et pour leur environnement.



Aucune autre source de financement n'est disponible, à l'exception des dons.

Le coût de la construction est, en général, pris en charge par le budget de l'Etat, et ceci, à raison de 80% ; les 20% restants étant partagés entre prestataires et communes.

#### 3.5.2.4. Participation financière des usagers

Pour les **bénéficiaires de l'AD**, les prestations d'aides et de soins réalisées au cours du séjour en CPG sont prises en charge par l'AD. Le CPG facture aux personnes âgées un prix journalier de €20,-/jour (2005) pour l'accueil gérontologique, qui reste à la charge de la personne âgée sauf si elle peut bénéficier de la tarification sociale (cf. encadré 3.4).

Pour le **non-bénéficiaire de l'AD**, les prestations d'aides et de soins sont facturées selon le tarif de maintien à domicile de l'AD (€49,98) en tenant compte du coefficient d'intensité de 0.25. Ainsi, le CPG facture

- 2 heures/jour de soutien<sup>256</sup>, ce qui revient à €99,96/jour - l'utilisateur reste 8 heures au CPG et
  - le tarif journalier de €20,- /jour pour l'accueil gérontologique,
- ce qui fait un total de €119,98/jour auxquels peuvent s'ajouter encore
- des 'actes essentiels de la vie' selon besoins.

Pour le bénéficiaire de l'assurance dépendance, les frais de transport du domicile au foyer sont pris en charge.

Selon les prestataires, les non-bénéficiaires AD sont largement minoritaires. Une majorité d'entre eux bénéficient de la tarification sociale et ces personnes âgées ne viennent que quelques jours par semaine. A titre d'exemple, des 8 CPG de Hëllef doheem qui accueillent en tout 130 personnes, 17 ne sont pas bénéficiaires de l'AD.

Tableau 3.7: CPG, places et tarifs journaliers

	Nombre de CPG	Nombre de places	Tarif journalier
1998			LuF 660,- (min.) ou €16,34 LuF 1.120,- (max.) €27.72
1999	10		LuF 700,- ou €16.58
2000	14		LuF 725,- €17.94
2001	15	238	€17.35
2002	17	284	€18,50
2003	18	300	€19,50
2004			€20,00
2005	21*		€20,00

Source : données proviennent de la COPAS. Les données de 2004 ne sont pas encore disponibles. \*En 2005, notre questionnaire a été envoyé à 21 CPG.

### 3.6. L'accueil résidentiel permanent (ou temporaire)

Différents types d'hébergement existent :

<sup>256</sup> Vu le coefficient d'intensité du personnel dans le cas du soutien en CPG, les usagers sont pris en charge pendant 8 heures/jour avec l'accord de 2 heures de soutien.

- les Centres intégrés pour personnes âgées (CIPA),
- les maisons de soins (MS) et
- les logements encadrés (LE).

Tout d'abord, nous présentons les éléments communs à tous les types d'établissement pour ensuite en venir aux particularités.

Notons préalablement que le LE est considéré comme 'simple' structure de logement avec un encadrement minimal 'échappant' ainsi à différentes conditions de fonctionnement.

### 3.6.1. Conditions générales

#### 3.6.1.1. Agrément et contrat

Outre les conditions générales (cf. 3.4), les établissements d'aides et de soins d'*hébergement* doivent exercer une activité

- soit en vertu de l'agrément<sup>257</sup>,
- soit en vertu d'une autre disposition légale (le cas de certaines maisons de soins publiques).

Dans la mesure où l'établissement dispose d'un **agrément comme établissement stationnaire**, un **contrat d'aides et de soins entre l'UCM et le prestataire** ne doit pas être conclu.

Ce contrat d'aides et de soins mentionne (art. 392 de la loi du 19 Juin 1998, assurance dépendance)

- l'engagement à fournir l'ensemble des aides et soins conformément au plan de prise en charge ;
- les modalités de documentation (enregistrement de activités) ;
- l'engagement à déclarer les places vacantes à la CEO etc.

La tarification sociale (encadré 3.4) n'existe ni en CIPA, ni en MS, ni en LE<sup>258</sup>.

#### 3.6.1.2. Accueil gérontologique

L'*accueil gérontologique* (cf. règlement grand-ducal du 27 septembre 2004) doit être offert en CIPA, en MS et en CPG, mais il n'est pas assuré en logement encadré. Il couvre des prestations non prises en charge par l'AD et inclut ainsi :

- l'hôtellerie,
- la sécurité et la santé,
- l'assistance au niveau des gestes de la vie quotidienne,
- l'animation socio-culturelle, la promotion des compétences individuelles et l'assistance philosophique et religieuse.

Chacun des points est précisé en ce qui concerne les minima requis<sup>259</sup> dans le cadre du texte de règlement.

#### 3.6.1.3. Financement des établissements

Les services sont financés par

<sup>257</sup> Cf. loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

<sup>258</sup> La tarification sociale n'est pas accordée en LE hormis en cas de séjour de courte durée de moins de 60 jours lors d'un congé de l'aidant informel (cf. encadré 3.4).

<sup>259</sup> A titre d'exemple pour l'hôtellerie, une structure assurant l'accueil gérontologique doit offrir au moins 3 repas, dont un repas chaud avec au moins une alternative au niveau du plat principal ainsi que deux collations etc.

- les prix de pension des résidents, qui varient d'un établissement à l'autre ; il est calculé en fonction des frais d'hôtellerie, des frais d'activité de l'accueil gérontologique (cf. 3.6.1.2.) et des frais liés à l'infrastructure du bâtiment (cf. le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999) ;
- la réalisation des prestations d'aides et de soins (AD), financée
  - soit par l'UCM, dans le cas de personnes bénéficiaires de l'AD
  - soit par les résidents eux-mêmes dans le cas de personnes non bénéficiaires de l'AD
  - soit selon un système mixte pour les bénéficiaires de l'AD qui demandent des prestations allant au-delà du plan de prise en charge.

Le coût de la construction est, en général, pris en charge dans le cadre du budget de l'Etat, et ceci à titre indicatif à raison de 80% ; les 20% restants sont partagés entre prestataires et communes.

Aucune autre source de financement n'est disponible à l'exception des dons.

#### 3.6.1.4. Participation financière des personnes âgées

Les **CIPA** et les **MS** facturent aux personnes âgées un **prix de pension** qui couvre les prestations prévues dans le cadre de l'accueil gérontologique. Ce prix de pension

- inclut l'hôtellerie ainsi qu'une *prise en charge gérontologique*
- n'inclut pas les frais causés par la dépendance.

Le prix de pension peut varier d'un établissement à l'autre.

Certains suppléments peuvent être facturés aux résidents comme par exemple les frais de linge. Pour les personnes nécessiteuses, le Fonds National de la Solidarité intervient avec le complément d'accueil gérontologique (cf. 3.2.4.) en CIPA et en MS. Le FNS n'intervient pas en LE, considéré comme structure d'encadrement léger.

#### **Encadré 3.5 : prix de pension**

Avant l'entrée en vigueur de l'AD, les prix de l'accueil gérontologique des établissements étaient fixés par les ministères de tutelle. Depuis 1999, les établissements les fixent eux-mêmes. Il était attendu qu'avec l'introduction de l'assurance dépendance, les prix de pension allaient baisser. Or, l'inverse s'est produit<sup>260</sup>. Plusieurs raisons peuvent être évoquées à cet égard :

(a) Depuis 1999, les établissements relèvent tous du droit privé. Ils sont soumis aux mêmes conditions de gestion financière afin d'éviter une concurrence déloyale. Ainsi, les CIPA publics qui bénéficiaient d'une prise en charge des salaires par l'Etat et qui pouvaient à l'époque offrir un prix de pension intéressant, ont dû augmenter leur prix de pension afin de couvrir les dépenses.

(b) Les conditions de qualification du personnel ont été augmentées avec l'introduction de l'AD. Ainsi, en CIPA avec 100 résidents, 1 infirmier doit être présent 24h/24h. Pour assurer cette présence, on doit engager 5.5 ETP 'infirmier'. Avant 1999, de nombreuses structures fonctionnaient avec la présence d'un salarié non-qualifié.

(c) Avec l'AD, les niveaux de salaire ont été 'harmonisés' et un minimum a été défini avec la convention collective de travail 'ouvriers et employés privés du secteur d'aides et de soins' (convention SAS, règlement grand-ducal du 6 juin 2003). *Toutes* les structures doivent

<sup>260</sup> En 1998, le prix de pension en CIPA public (actuel groupe SERVIOR) était de LuF 49.000,- (€ 1.214,00) et est à l'heure actuelle de €1.785,-.

signer cette convention, à l'exception des établissements qui relèvent de la fonction publique et de l'Entente des hôpitaux<sup>261</sup>.

(d) En moyenne 20% des coûts de l'infrastructure incombent au prestataire (établissement) et toute mise en conformité doit être prise en charge par le prestataire.

### 3.6.1.5. Paramètres pour les infrastructures de logement

Parmi les nombreuses dispositions réglementaires concernant la sécurité, la salubrité, l'hygiène, l'adaptation aux besoins spécifiques des personnes âgées, des bâtiments, etc., nous présentons certaines conditions minimales (espace, équipement sanitaire ...) auxquelles les unités de logement doivent répondre (pour le reste, cf. le règlement du 8 décembre 1999).

Celles-ci concernent les CIPA, les MS et les LE.

Pour les services *construits avant 1999* (règlement grand-ducal du 8 décembre 1999), les conditions minimales sont celles-ci pour un logement :

- surface minimale de 9 m<sup>2</sup> pour 1 personne et de 15 m<sup>2</sup> pour 2 personnes,
- occupation maximale de 2 personnes,
- équipement d'au moins un lavabo à eau chaude et froide.

*Pour les services construits après l'entrée en vigueur du règlement grand-ducal du 8 décembre 1999*, les conditions minimales sont celles-ci pour un logement :

- surface minimale habitable de 16 m<sup>2</sup> pour 1 personne et de 28 m<sup>2</sup> pour 2 personnes,
- orientation de la surface habitable de façon à ce que la personne âgée y bénéficie pendant toute l'année d'un ensoleillement partiel,
- équipement d'une salle d'eau d'une surface supplémentaire d'au moins 5 m<sup>2</sup> avec douche accessible de plein pied, WC et lavabo,
- dotation d'une surface supplémentaire d'au moins 2 m<sup>2</sup> servant de vestibule à l'entrée,
- mise à disposition d'une surface supplémentaire de dépôt (...).

Des dispositions précises sont énumérées dans le cadre de ce règlement grand-ducal en ce qui concerne des **installations sanitaires communes**, selon que les services disposent d'unités de logement avec ou sans W-C, douche/baignoire, selon qu'ils accueillent des personnes âgées jour et nuit ou en journée seulement<sup>262</sup>.

## 3.6.2. Spécificités des institutions

### 3.6.2.1. Le Centre Intégré pour Personnes Agées (CIPA)

Selon le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999, un CIPA est un service réservé aux *personnes âgées*, garantissant un accueil **gérontologique** et des **services d'aides et de soins** (prestations AD) et ceci pour au moins 3 personnes. Généralement, les personnes âgées y résident pour une durée non limitée de jour et de nuit, mais les CIPA offrent également des *lits de vacances* destinés à faciliter la vie des aidants informels dans le cas de personnes âgées en maintien à domicile.

<sup>261</sup> Ces deux derniers régimes sont encore plus avantageux pour le salarié que la convention SAS ; les frais salariaux y sont donc encore plus élevés.

<sup>262</sup> D'autres dispositions concernent des équipements spécifiques (lève-personnes, etc.), la disponibilité de locaux nécessaires aux prestations et travaux divers (séjours pour pensionnaires et séjour pour le personnel, des locaux pour ergothérapie, validation, kiné etc). Ce dernier type de locaux n'est exigé que pour les bâtiments dont la construction a été entamée après l'entrée en vigueur de ce règlement.

Les CIPA doivent garantir une permanence d'accueil avec un service d'appel-assistance 24 heures sur 24.

La personne admise en CIPA y reste jusqu'à sa mort, même en cas d'une dépendance maximale, alors qu'elle peut être admise en état d'autonomie totale.

Selon le règlement grand-ducal du 16 décembre 1999, les CIPA doivent

- conclure un contrat de prise en charge avec toute personne âgée,
- établir un projet d'orientation (précisant les conceptions de l'accueil gérontologique),
- établir un projet d'accueil et de soins par catégorie d'usagers.

Les CIPA doivent accueillir de façon prioritaire des personnes en détresse physique, psychique ou sociale et, en cas de besoin, des usagers nécessitant plus de 12 heures/semaine de prestations d'aides et de soins.

Le 'degré' de dépendance est mesuré sur base des crédits d'heures accordés.

Ainsi, selon une étude que le Ministère de la Famille avait réalisée en 2003<sup>263</sup>,

- 30,73% des résidents des CIPA sont valides,
- 7,61% ont déposé une demande pour l'assurance dépendance,
- 4,61% ont besoin d'aide, mais restent en dessous de 3.5 heures/sem.,
- 10,21% ont besoin de 3.5 à 12 heures assurance dépendance,
- 22,89% ont besoin de 12 à 24.5 heures assurance dépendance,
- 23,95% ont besoin de 24.5 heures assurance dépendance et plus.

Ceci donne un total de 42,95% de non bénéficiaires de l'assurance dépendance.

Les **ratios 'usagers – personnel'** pour les services sont les suivants (cf. conditions générales sub 3.4):

- Chaque service est dirigé par un chargé de direction disposant d'un diplôme de médecin, de juriste, de pédagogue (etc.), d'ergothérapeute (etc.), d'assistant social, d'instituteur ou d'éducateur gradué.
- pour 20 personnes 'valides' nécessitant moins de 3.5 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement,
- pour 10 personnes nécessitant entre 3.5 et 7 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement,
- pour 5 personnes nécessitant entre 7 et 15 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement,
- pour 2.5 personnes nécessitant au moins 15 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement.

La permanence d'accueil et de soins doit être assurée 24 heures sur 24 par un infirmier gradué, un infirmier diplômé ou un infirmier psychiatrique. Tout service accueillant :

- entre 50 et 100 personnes âgées doit disposer d'un 2<sup>ème</sup> membre de l'équipe entre 6 et 22 heures,
- plus de 100 personnes âgées doit disposer d'un 2<sup>ème</sup> membre de l'équipe 24 heures sur 24 heures<sup>264</sup>.

---

<sup>263</sup> Ministère de la Famille, 2004, *Für Senioren, mit Senioren*, Luxembourg, p.63ss.

<sup>264</sup> Quant aux services qui offrent des *repas* (CIPA, MS, CPG), au moins un des agents doit disposer d'un CATP cuisinier (certificat de fin d'apprentissage) si le service accueille plus de 100 personnes.

### 3.6.2.2. La maison de soins (MS)

Selon le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999, une MS est un service réservé aux *personnes dépendantes*, garantissant un accueil **gérontologique**<sup>265</sup> et des **services de soins** (prestations UCM) et ceci pour au moins 3 personnes. Contrairement au CIPA, la MS est accessible à *toute personne* indépendamment de l'âge (personne âgée et handicapée) à condition que la personne nécessite plus de 12 heures/semaine de prestations d'aides et de soins, et ceci pour une durée non limitée de jours et de nuits. Ainsi contrairement aux CIPA, tous les usagers des MS devraient être des bénéficiaires de l'assurance dépendance – à l'exception de ceux qui ne relèvent pas de l'UCM (usagers relevant d'un autre régime de sécurité sociale) et de ceux/celles qui n'ont pas accès à l'AD en raison d'une des conditions d'entrée non remplies (art. 349 du CAS, par exemple stage de 1 an pour les assurés volontaires).

Elles doivent également accueillir de façon prioritaire des personnes en détresse physique, psychique et/ou sociale.

Les personnes en MS peuvent également y rester jusqu'à la fin de leur vie.

Les MS doivent également

- conclure un contrat de prise en charge avec toute personne âgée,
- établir un projet d'orientation (précisant les conceptions de l'accueil gérontologique),
- établir un projet d'accueil et de soins par catégorie d'usagers.

Les **ratios 'usagers – personnel'** pour les MS sont les suivants :

- pour 5 personnes nécessitant entre 7 et 15 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement,
- pour 2.5 personnes nécessitant au moins 15 heures/sem. de prestations d'assistance, d'aides et de soins, il faut au moins 1 ETP d'agent d'encadrement.

Toute maison de soins doit assurer une permanence d'accueil et de soins 24 heures sur 24

- par un infirmier gradué, un infirmier diplômé ou un infirmier psychiatrique ;
- à partir de 51 usagers, la MS doit disposer d'un 2<sup>ème</sup> membre de l'équipe du même profil,
- Par lot supplémentaire de 50 usagers, la présence d'un agent d'encadrement (profil ci-dessus) supplémentaire est requise.

Les normes relatives au personnel et à l'accueil gérontologique sont identiques à celles des CIPA.

### 3.6.2.3. Le logement encadré

Selon le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999, le logement encadré constitue un ensemble d'habitations réservées aux *personnes âgées*, et ceci pour au moins 3 personnes. Ces unités sont mises à disposition sous forme de vente, de location ou de quelque autre manière. On y propose des prestations d'assistance et/ou de soins jusqu'à un degré de dépendance de 12 heures/sem. de prestations hebdomadaires d'aides et de soins (assurance dépendance).

Une permanence d'assistance et/ou de soins doit être assurée pendant au moins 5 jours de la semaine et 8 heures par jour. Un service d'appel-assistance doit être disponible pour tous les usagers des habitations concernées.

Les **logements encadrés** sont agréés comme service d'hébergement ; leurs résidents font, en cas de besoins, appel à un réseau du maintien à domicile. *Autrement dit, les prestations d'aides et de soins réalisées en logement encadré sont opérées selon les principes du maintien à domicile.*

Certains LE ont signé des conventions de collaboration avec un CIPA pour pouvoir transférer un résident dans les meilleurs délais, lorsque la dépendance dépasse les 12 heures hebdomadaires de l'AD.

---

<sup>265</sup> Nous ciblons ici le seul volet pour personnes âgées.

En termes de personnel, la permanence d'*assistance* doit être assurée par au moins 1 agent faisant valoir une des qualifications professionnelles énumérées ci-dessus (cf. 3.6.2.1.). La permanence de *soins* doit être assurée sur place par au moins un agent qui soit infirmier gradué, infirmier diplômé ou infirmier psychiatrique.

Contrairement aux autres structures susmentionnées, le prestataire d'un logement encadré n'a aucune obligation en matière d'accueil gérontologique, ni a fortiori de conclure un contrat de prise en charge, des projets d'orientation et d'accueil avec la personne âgée. Il n'est pas obligé d'accueillir de façon prioritaire des personnes en détresse physique, psychique etc., étant donné que le logement encadré n'est pas une structure accueillant des personnes en grande dépendance et qu'il constitue une offre de 'simple' hébergement.

En LE, en cas de besoin d'aides et de soins, l'utilisateur fait appel à un réseau de maintien à domicile.

Notons que pour des nécessiteux

- ni la **tarification sociale du Ministère de la Famille** pour l'intervention d'un réseau
- ni le **complément accueil gérontologique** du FNS au niveau du prix de pension

ne peuvent être utilisés.

Les procédures administratives se limitent donc à

- l'agrément en tant que service d'hébergement et à
- la conclusion d'une convention collective de travail SAS.

Dans le cas du **logement encadré**, le prix de pension n'inclut donc pas l'accueil gérontologique. Il s'agit en fait d'un 'simple' loyer avec un encadrement minime. Les prix de pension varient entre €1.750,- et €3.000,- /mois.

De multiples suppléments peuvent être ajoutés.

Notons que pour les nécessiteux

- ni la **tarification sociale du Ministère de la Famille** pour l'intervention d'un réseau
- ni le **complément accueil gérontologique** du FNS au niveau du prix de pension

ne peuvent être utilisés.

### 3.6.3. Conclusions

(i) Les 4 types d'hébergement pour personnes âgées se caractérisent par des degrés de prise en charge différents ; les trois premiers sont des **établissements résidentiels** :

Le **logement encadré** constitue l'offre aux personnes âgées avec l'encadrement le moins important ; l'accueil se fait jusqu'à un degré de dépendance de 12 heures hebdomadaires de prestations d'aides et de soins (AD). Aucun accueil gérontologique n'y est assuré. Il s'agit d'un type de logement offrant aux personnes âgées une vie quotidienne indépendante avec des possibilités d'aides et de soins limitées.

Les **CIPA** offrent un logement avec un accueil gérontologique et le maximum de prestations d'aides et de soins (AD). Ils peuvent ainsi accueillir des *personnes valides et dépendantes* (jusqu'au degré de dépendance maximal) – les personnes âgées peuvent y rester jusqu'à la fin de leur vie.

Les **maisons de soins** n'accueillent que des *personnes dépendantes* quel que soit leur âge et ceci à partir de 12 heures hebdomadaires de prestations d'aides et de soins (AD). Les personnes âgées peuvent y rester jusqu'à la fin de leur vie.

Les *Centres psycho-gériatriques* constituent une offre de séjour essentiellement durant la journée en s'adressant surtout aux personnes âgées présentant une forme de démence sénile. Ils font partie des réseaux et du volet « **maintien à domicile** ». Depuis peu, une offre de nuit se développe.

(ii) En considérant les types d'établissements avec le nombre de lits disponibles et le nombre d'habitants de certaines tranches d'âge, la capacité d'accueil du Luxembourg se présente comme suit :

Tableau 3.8 : capacité d'accueil en 2003 (au 1<sup>er</sup> janvier)

	Nombre d'institutions	Nombre de lits	Densité ≥ 60 ans <sup>266</sup> (100 hab.)	Densité ≥ 75 ans <sup>267</sup> (100 hab.)
CIPA	35	3354	4.01	12.5
MS	14	1295	1.54	4.8
Total	49	4649	5.6	17.3

Source : données Min. de la Famille et STATEC pour population

En termes de capacité de lits de long séjour requise et selon les projections démographiques du STATEC pour 2010, le Ministère de la Famille vise un nombre de lits en soins de longue durée entre 5.416 et 5.435 (données statistiques du Ministère de la Famille).

La projection en mars 2004 était la suivante : Vu

- un nombre de lits disponibles de 4.754 lits,
- différents grands projets de construction/rénovation de l'ordre d'environ 1.200 lits<sup>268</sup>, ce qui constitue une augmentation de 26%,

l'objectif d'environ 5.400 lits devrait être atteint et même dépassé au terme des travaux.

Le Ministère souligne le fait que pour l'ensemble des calculs, il n'a pas tenu compte des pensionnaires accueillis en région limitrophe, notamment en région limitrophe allemande. Différents prestataires signalent d'ores et déjà une sur-capacité.

Notons encore que

- 94% des pensionnaires ont la nationalité luxembourgeoise
- 79% sont des femmes
- 57.05% sont bénéficiaires de l'AD
- 48.2% sont âgés de 80 à 89 ans et 23.7% sont âgés de 90 ans et plus.

En 2004, les 4.360 pensionnaires (taux d'occupation de 94.5%) étaient encadrés par 1.968,97 ETP qualifiés et 1.163,12 ETP « autres catégories » (services techniques et administratifs, domestiques), ce qui donne un ratio de 0.7 ETP pour 1 pensionnaire.

Ces effectifs n'incluent ni les bénéficiaires du RMG en affectation temporaire d'insertion qui travaillent dans ces établissements<sup>269</sup>, ni les bénévoles.

Quant au **maintien à domicile**, notons qu'en 2003

<sup>266</sup> 83.658 personnes

<sup>267</sup> 26.821 personnes

<sup>268</sup> Dont 314 lits sont « en voie de réalisation » et 923 sont « en exécution ou en planification » (données : Ministère de la Famille).

<sup>269</sup> Ces bénéficiaires du Revenu minimum garanti sont affectés à ces établissements dans le cadre de leurs projet d'insertion.



- 3.122 personnes de plus de 60 ans ont bénéficié d'aides et de soins de l'assurance dépendance à domicile
- 300 places étaient disponibles en CPG<sup>270</sup>,

ce qui fait que

- 3.7 % de la population de plus de 60 ans bénéficient d'une intervention de l'assurance dépendance en maintien à domicile et
- 0.35 % de la population disposent, théoriquement, d'une place à plein-temps<sup>271</sup> dans un CPG.

Ainsi, le maintien à domicile constitue toujours la deuxième option malgré une augmentation importante des bénéficiaires depuis l'entrée en vigueur de la loi assurance dépendance (1999).

### **3.7. Les services hospitaliers et d'autres types de soins**

Selon la liste des autorisations de services spécifiques accordées par le ministre de la Santé (novembre 2003), aucun service spécialisé dans les soins gériatriques aigus n'existe au Luxembourg. Or, des études internationales et nationales<sup>272</sup> montrent que les consommations et les dépenses pour les personnes âgées sont les plus importantes durant les deux dernières années de vie et qu'une part importante des patients en services aigus sont des personnes âgées.

Les soins aigus ou de courte durée et les soins de moyenne durée relèvent de la responsabilité du Ministère de la Santé, alors que les soins de longue durée (CIPA, MS) relèvent de la compétence du Ministère de la famille.

#### **3.7.1. Soins aigus et soins de rééducation gériatriques**

Même si, selon l'autorisation de services du Ministère de la Santé (novembre 2003), aucun service spécialisé de gériatrie en **soins aigus** n'existe au Luxembourg, l'étude *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine, Grand-Duché de Luxembourg et Province de Luxembourg* (2004) relève que certains services hospitaliers<sup>273</sup> offrent des activités de prise en charge des personnes âgées ; à cela s'ajoute au niveau du moyen séjour, la rééducation gériatrique.

Ainsi, en **soins aigus**, un seul service aux activités gériatriques a été mentionné : la clinique d'Eich (Fondation Norbert Metz à Luxembourg-Ville) dans le cadre de l'enquête susmentionnée ; celui-ci fait aujourd'hui partie du Centre Hospitalier de Luxembourg.

A l'heure actuelle, la clinique St. Thérèse se spécialise également dans la prise en charge des personnes âgées dans le cadre de l'hospitalisation aiguë.

Quant aux soins de suite<sup>274</sup>, voire aux soins de moyenne durée, le questionnaire disposait de questions semi-ouvertes. Les éléments suivants ont été recensés :

- Le Centre Hospitalier de Luxembourg (hôpital général<sup>275</sup>) dispose d'une collaboration (sur base d'une convention de coopération) avec le Hôpital Intercommunal de Steinfort (HIS). Cet établissement de rééducation gériatrique prend en charge les patients âgés après la phase aiguë.

<sup>270</sup> Ces places peuvent être allouées à plusieurs personnes.

<sup>271</sup> Rappelons que de nombreuses personnes ne fréquentent un CPG que pendant quelques jours par semaine.

<sup>272</sup> KIEFFER, R., 2004, « L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé », colloque *Les changements démographiques et leur répercussions sur les différentes parties de la Grande Région*, Colloque transfrontalier, 21 et 22 octobre 2004.

<sup>273</sup> du moins, certaines activités sont réalisées.

<sup>274</sup> terme « compromis » des trois régions, utilisé pour le questionnaire *Offre de soins et mobilité*, 2004.

<sup>275</sup> Cf. loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

- Le Centre hospitalier neuropsychiatrique (CHNP, service national de réhabilitation psychiatrique) d'Ettelbruck dispose d'un service de neuropsychiatrie gériatrique. Selon le plan hospitalier du 18 avril 2001, le CHNP est un hôpital de réhabilitation.

Les deux établissements médicalisés de réhabilitation, de rééducation sont le CHNP (Ettelbruck) et le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réinsertion (CNRF) à Luxembourg-Hamm<sup>276</sup> ; les deux sont des établissements généraux qui accueillent des patients de tout âge.

Pour le Luxembourg, certains besoins concernent les institutions offrant des soins de suite, et ceci aussi pour des personnes âgées. Actuellement, de nombreux transferts se font essentiellement vers des centres de rééducation allemands (par exemple Orscholz en Sarre)<sup>277</sup>.

La **rééducation gériatrique** au Luxembourg se fait dans quatre centres médicalisés qui sont autorisés à cet effet et qui n'accueillent que des patients de **plus de 65 ans** :

- le HIS de Steinfort avec 30 lits (rappelons l'accord de coopération avec le CHL pour préconiser une filière de soins de l'aigu vers la rééducation, notamment la rééducation locomotrice),
- l'établissement de Hamm avec 30 lits (Maison de gériatrie à Luxembourg-Ville au quartier de Hamm, faisant partie des Hospices civils de la Ville de Luxembourg),
- l'établissement de Dudelange avec 30 lits, un service spécialisé du Centre hospitalier Emile Mayrisch,
- l'établissement d'Ettelbruck avec 15 lits dans le cadre de la clinique St. Louis (région Nord).

Notons par ailleurs l'établissement de convalescence de la **Fondation Emile Mayrisch** qui dispose de 100 lits et accueille des patients en soins de suite après l'aigu. Des médecins généralistes interviennent selon les besoins. Cet établissement vient de se spécialiser en centre de moyen séjour dont l'objectif est de faire un bilan des personnes âgées quittant un établissement de soins aigus pour savoir si ces dernières sont à même de réintégrer leur domicile ou s'il faut envisager une institutionnalisation.

Quant au financement des structures sus-mentionnées, nous renvoyons au rapport *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine, Grand-Duché de Luxembourg et Province de Luxembourg* (2004), notamment au chapitre 4.1.6. (p. 227).

La participation des patients est à l'heure actuelle (2005) de € 11,45/jour, qu'il s'agisse d'un hôpital général ou d'un centre de rééducation gériatrique. Les frais de soins de suite et de séjour sont pris en charge par l'UCM.

### 3.7.2. Soins palliatifs

A plusieurs reprises, les gouvernements successifs s'exprimaient à l'égard de la médecine palliative (contrôle de la douleur totale, encadrement humain approprié) :

« L'offre de médecine palliative sera largement étendue et cela tant en milieu hospitalier qu'en milieu ambulatoire. » (Accord de coalition, **1999**, paragraphe 15.4.).

« Le projet de loi 5303 relatif aux soins palliatifs (...) fera l'objet d'un réexamen à la lumière des avis du Conseil d'Etat (...) ainsi que de l'évolution du dossier sur le plan international, notamment en France » (Accord de coalition, **2004**, p.126).

Le projet de loi est toujours en voie de procédure.

<sup>276</sup> Le CNRF dispose d'un laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (système Elite BTS, 2003).

<sup>277</sup> Une institution belge à Etalle est souvent utilisée par le CNRF après la période de rééducation.

Les soins palliatifs dispensés à l'heure actuelle se basent sur deux textes de loi :

- la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers inscrivant explicitement les soins palliatifs comme mission des hôpitaux tout en préconisant des droits des patients en veillant à :
  - apaiser la douleur et
  - éviter tout acharnement thérapeutique
  - maintenir la qualité de survie pour autant que possible et
  - permettre l'accompagnement en permanence
- le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier qui présente une liste de domaines pour lesquels une autorisation sera accordée, dont les *soins palliatifs et la prise en charge de la douleur*.

Actuellement, le fonctionnement diffère d'un établissement à l'autre, d'un réseau d'aides et de soins à l'autre. Voici quelques exemples qui illustrent la diversité des concepts de prise en charge :

- au Centre Hospitalier de Luxembourg (Ville) et à l'hôpital St. Louis à Ettelbruck, des équipes mobiles interviennent aussi bien à l'hôpital qu'à domicile ;
- le CHL dispose également d'un Centre de consultation de la douleur ;
- certains hôpitaux généraux comme l'hôpital des congrégations du Kirchberg ainsi que le Centre hospitalier Emile Mayrisch à Esch/Alzette et la clinique Ste Thérèse à Luxembourg-Ville disposent d'unités stationnaires. A la clinique Ste Thérèse les soins palliatifs sont intégrés dans tous les services ;
- l'association *OMEGA 90* dispense des formations de professionnels et de bénévoles et est impliquée dans plusieurs projets d'établissements hospitaliers ;
- le réseau Hëllef doheem dispose d'une équipe de soins spécialisés de 15 infirmiers qui interviennent sur place ou conseillent les équipes habituelles ;
- Le réseau HELP dispose d'une équipe spécialisée de deux personnes qui conseillent les équipes régionales réalisant le travail quotidien.

En février 2004, le ministre de la santé et de la sécurité sociale a déposé un projet de loi (n. 5303) qui est en voie de procédure, dont voici les grandes lignes :

Ce projet vise essentiellement les problèmes organisationnels liés à la prise en charge financière des prestations par l'assurance maladie-maternité et par l'assurance dépendance. Il préconise un droit individuel aux soins palliatifs et prévoit que ces soins devraient être « actifs, continus et coordonnés, pratiqués par des équipes pluridisciplinaires » (art. 1<sup>er</sup>) et préconise la conception et la réception de « directives anticipées » exprimant la volonté du malade de ne plus subir des traitements, ni des examens etc. ».

Il ne prend ni en compte le financement (financé par le budget de l'Etat), ni l'organisation des structures. Dans la plupart des cas, les structures existent mais ont besoin d'une base légale et de conditions d'accès modifiées afin que tout le monde puisse en bénéficier. Il s'agirait en fait

- d'adapter certaines dispositions légales des deux régimes d'assurances (maladie et dépendance),
  - pour l'assurance maladie, il s'agit par exemple d'autoriser des 'prestations multiples' sans que les tarifs deviennent dégressifs (le cas actuellement<sup>278</sup>)
  - pour l'assurance –dépendance, il s'agit essentiellement de donner accès à ceux qui ne sont pas encore bénéficiaires afin qu'ils puissent en bénéficier de plein droit, etc.,
- de préconiser dans le cadre des budgets des hôpitaux des crédits pour des hospitalisations à domicile et le fonctionnement d'antennes mobiles,

---

<sup>278</sup> En cas de consultations/visites répétitives durant une certaine période, le médecin facture un tarif inférieur au tarif ordinaire.

- d'utiliser et d'adapter la loi ASFT du 8 septembre 1998 pour permettre un fonctionnement adéquat des structures mobiles à mettre en place, voire de celles qui sont déjà actives (réseaux) et
- de préconiser un cadre pour la formation des professionnels et des bénévoles (cf. exposé des motifs du projet de loi n. 5303).

### **3.8. Conclusion générale**

L'entrée en vigueur de l'assurance dépendance et l'actuel type de fonctionnement des services pour personnes âgées avec une autonomie de gestion (dès 1999) ont eu pour effet :

- la mise en place, pour les personnes âgées, d'un 'guichet unique' : une première prise de contact permet au service de lancer les procédures administratives, avec ou à la place de l'utilisateur ;
- l'indépendance des établissements et des réseaux qui sont devenus responsables de leur gestion financière ;
- l'harmonisation des prestations ;
- des conditions de qualification du personnel plus exigeantes aussi bien en maintien à domicile qu'en établissement ;
- l'enregistrement des données beaucoup plus détaillé et plus complexe qu'auparavant: chaque prestation doit être notée par le professionnel ;
- les capacités des services (réseaux) de maintien à domicile ont considérablement augmenté en quelques années;
- une forte augmentation du nombre de professionnels en maintien à domicile et en établissement ; ceux en maintien à domicile ont triplé entre 1999 et 2004 ;
- le doublement du nombre de bénéficiaires de l'assurance dépendance en comparaison avec le nombre de bénéficiaires de l'allocation de soins en 1998 ;
- le développement accru du maintien à domicile grâce à l'assurance dépendance et suivant la philosophie de cette loi ;
- par conséquent une augmentation du degré de dépendance des pensionnaires des CIPA et des MS devrait en découler ; notons toutefois un taux encore important de personnes âgées en CIPA, qui ne bénéficient pas de l'assurance dépendance (environ 40%) ;
- dans l'*optique du bénéficiaire* : la suppression de la participation financière des bénéficiaires aux prestations d'aides et de soins des services conventionnés étant donné que l'assurance dépendance n'exige aucune participation de la part de l'utilisateur. Or, ces mêmes prestations sont devenues beaucoup plus chères pour les personnes ne bénéficiant pas de l'assurance dépendance ;
- dans l'*optique de l'Etat* : les dépenses ont sensiblement augmenté ; or, la cotisation des assurés pour l'assurance-dépendance constitue une participation *solidaire* aux frais de la dépendance; cette participation est réalisée par les assurés et non pas par l'Etat<sup>279</sup>.
- Les capacités d'accueil en établissement sont restées stables au cours des dernières années mais elles risquent d'aller au-delà des besoins avec les grands projets d'établissements susmentionnés visant à terme environ 5.400 lits.

---

<sup>279</sup> ni par les employeurs.

## 4. Synthèse

### 4.1. Allocations, assurances et aides sociales

Chaque Etat membre octroie aux personnes âgées divers types d'allocations, d'assurances et d'aides sociales, présentant chacune leurs spécificités. Néanmoins, il existe un très grand nombre de traits communs aux dispositifs en vigueur dans les trois Etats membres de l'espace régional Interreg WLL, principalement le financement collectif de la dépendance et la multiplicité des prestations offertes. C'est essentiellement au niveau du montant des prestations et de leurs conditions de restitution que des différences majeures émergent. Cette synthèse des convergences et des divergences entre ces dispositifs permettra au lecteur pressé de percevoir les principaux aspects contextuels de la prise en charge des personnes âgées sur les trois versants nationaux étudiés.

#### 4.1.1. Dispositifs relevant d'une politique de revenu

En ce qui concerne les dispositifs relevant d'une **politique de revenu**, certains sont assuranciers et généralement contributifs<sup>280</sup> et constituent, le moment venu, un droit inconditionnel pour les bénéficiaires (ex. *pensions*) alors que d'autres sont assistanciers et financés par le budget de l'Etat et apparaissent comme des instruments de réduction de la pauvreté tels le *minimum vieillesse* (F) ou la *future Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées* (F), la *Garantie de Revenus Aux Personnes Âgées* (B) ou le *Revenu Minimum Garanti* (L).

Pour ces prestations, un contrôle des revenus est imposé au demandeur. Les montants maximums accordés constituent des seuils de définition de la pauvreté, tel le *minimum vieillesse* (F). Alors qu'en France et en Belgique des dispositifs spécifiques sont réservés aux seules personnes âgées (condition : plus de 60 ou 65 ans), le Luxembourg ne dispose que du RMG, alloué à toute personne de plus de 25 ans (à l'exception de certains cas).

Le règlement européen 1408/71/CEE autorise les citoyens de l'UE (et de l'EEE) à recourir à ces dispositifs « *d'assistance sociale de droit* », et ceci sur l'ensemble du territoire de l'UE (et de l'EEE). Ces dispositifs imposent une condition de résidence. Or, les personnes âgées retraitées et/ou inactives ne peuvent remplir cette obligation qu'à condition de disposer de ressources dont le montant, défini dans la directive 364/90, doit être équivalent ou supérieur aux prestations d'assistance sociale ou de la pension de retraite minimale du pays de résidence.

A ces prestations d'assistance sociale, peuvent s'ajouter diverses aides — ne tombant pas à ce jour sous le champ d'application du règlement 1408/71/CEE, telles le complément de vie chère (L), le secours viager (F), l'allocation aux mères de famille (F) ou encore le complément accueil gérontologique (L). Le montant de ces aides complémentaires peut varier en fonction du niveau de la dépendance de la personne.

Contrairement à la plupart des aides en France<sup>281</sup> et en Belgique, le Luxembourg réclame la restitution des aides allouées, soit par le bénéficiaire, soit par ses héritiers.

#### 4.1.2. Dispositifs en cas de dépendance

Les personnes en **perte d'autonomie** peuvent disposer d'allocations comme l'*Allocation pour Personnes Âgées* (B) depuis 1990, l'*Allocation Personnalisée d'Autonomie* (F) depuis 2001

<sup>280</sup> auquel s'ajoute un financement public.

<sup>281</sup> La France organise une récupération sur succession des frais d'hébergement en établissement et des prestations d'aides à domicile (portage des repas, aide ménagère).

(anciennement Prestation Spécifique Dépendance ) ou l'*allocation de soins pour personnes âgées* (L) depuis 1989.

Ces allocations, allouées aux seules personnes âgées en Belgique et en France et à toute personne dépendante au Luxembourg, sont déterminées en fonction du degré de dépendance du bénéficiaire (B, F) ou des besoins de prestations (L).

Parmi ces prestations, certaines relèvent du champ de l'aide sociale, (APA (B) ou allocation de soins aux personnes âgées (L)) et ne relèvent pas du règlement 1408/71/CEE ; d'autres relèvent du champ de l'assurance sociale, telles l'APA (F) et l'Assurance Dépendance (L).

En France et en Belgique, l'APA est octroyée selon le degré de dépendance et est **plafonnée**. Au Luxembourg, l'AD a pour fonction de financer les prestations nécessaires à compenser le niveau de la dépendance. Ainsi, aucune participation financière n'est demandée au bénéficiaire de l'AD alors qu'en France et en Belgique, l'APA ne suffit pas nécessairement à couvrir l'intégralité des frais ; le bénéficiaire peut être amené à supporter un reste à charge.

En France, les personnes âgées dépendantes à **domicile** ou en **institution** peuvent recevoir une **prestation en nature ou en espèces**. En Belgique, il s'agit d'une prestation en espèces tandis qu'au Luxembourg, les personnes dépendantes bénéficient de prestations en nature (*domicile ou institution*) et de prestations en espèces destinées à l'aidant informel à *domicile* (cumulables avec des prestations en nature).

#### **4.2. Structures œuvrant au maintien à domicile, d'accueil ambulatoire et d'hébergement pour personnes âgées**

Les types de services et de structures à disposition des personnes âgées sont relativement semblables dans les trois versants LLS.

On distingue trois formes de prise en charge :

- les personnes âgées et/ou dépendantes bénéficiant d'aide et de soins à domicile ;
- les personnes accueillies la journée (ou la nuit) ;
- les personnes hébergées temporairement ou de manière permanente dans une structure résidentielle.

Dans chaque pays, le législateur donne une priorité au maintien à domicile.

Les institutions destinées aux personnes âgées sont toutes<sup>282</sup> soumises à agrément ou à autorisation de prise en charge de la part des autorités publiques compétentes. Au Luxembourg, c'est le Ministère de la Famille qui agréé les réseaux de maintien à domicile et les établissements d'accueil ou d'hébergement. L'UCM est chargée de la gestion de l'AD. En Belgique, les compétences sont réparties entre l'Etat fédéral (assurance maladie), les entités fédérées (services à domicile et structures d'accueil, notamment en matière d'agrément) et les collectivités locales (aide de proximité). En France, les autorisations sont délivrées par l'Etat ou le département selon la nature de la structure et les modalités de prise en charge financière des prestations qu'elle dispense.

Notons que dans les trois pays, l'assurance maladie, voire l'assurance dépendance (L), interviennent en fonction du degré de dépendance des usagers. Celui-ci est déterminé selon le score de l'échelle de Katz en Belgique<sup>283</sup>, le GIR en France<sup>284</sup> et en fonction des besoins de prestations d'aides et de soins constatés dans le cadre d'une évaluation individualisée.

---

<sup>282</sup> Sauf les résidences-services françaises.

<sup>283</sup> O, A, B, C et Cd.

<sup>284</sup> GIR 5-6, 3-4 et 1-2.

#### 4.2.1. Les structures de maintien à domicile

Les personnes âgées à domicile peuvent, dans les trois pays, bénéficier d'aides et/ou de soins. En France et en Belgique, les usagers y contribuent financièrement selon leurs moyens.

Au Luxembourg, l'ensemble des aides et des soins à domicile est presté par des réseaux. Ceux-ci sont financés par le remboursement des prestations d'AD (UCM) et le paiement des soins et services par les usagers qui ne bénéficient pas de l'AD ou qui reçoivent des prestations qui ne sont pas prévues dans leur plan de prise en charge. Les non bénéficiaires de l'AD se voient appliquer une tarification des prestations en fonction du niveau de leurs ressources (« tarification sociale »). Par ailleurs, rappelons que l'AD peut également octroyer une prestation en espèces destinée à financer l'aidant informel (à domicile seulement).

En Belgique, l'aide à la vie quotidienne est assurée par les **Services d'Aide aux Familles et aux Personnes Âgées** (SAFPA) et les soins, par les **(services) infirmiers à domicile**. Les interventions des prestataires à domicile sont, en cas de nécessité, coordonnées au sein des Centres de Coordination de Soins à Domicile (CCSSD) ; la coordination de l'ensemble des services aux personnes âgées est quant à elle assurée par les Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD). Notons qu'il existe également des équipes mobiles de soins palliatifs, coordonnées au sein de plates-formes.

Les SAFPA sont subsidiés par la Région wallonne et réclament une participation financière aux usagers, définie en fonction de leurs revenus. Pour les soins à domicile, l'INAMI octroie un forfait journalier par patient. Ce dernier supporte un ticket modérateur.

Le paysage français de l'aide à domicile est composé d'un ensemble varié d'acteurs et de structures contribuant au maintien à domicile. Les organismes et modes de financement sont tout aussi variés (APA, caisse de retraite, aide sociale ...). Les résidents français participent financièrement aux prestations sociales en fonction de leurs ressources.

Parmi les structures financées par l'assurance maladie (forfaits journaliers), les **Services de Soins Infirmiers A Domicile** (SSIAD) assurent une prise en charge par des infirmiers, des aides soignants, pédicures, ergothérapeutes et psychologues. Ces services fonctionnent sur la base d'un nombre de places agréées. Les prestations délivrées sont gratuites pour les usagers.

#### 4.2.2. Les structures d'accueil ambulatoire

Dans les trois pays, il existe des structures d'accueil de jour contribuant au maintien à domicile des personnes âgées.

En Belgique, il s'agit des **centres d'accueil de jour** pour personnes âgées en perte d'autonomie et des **centres de soins de jour** pour les personnes dépendantes. Les **centres psychogériatriques** luxembourgeois accueillent essentiellement des patients souffrant de troubles psycho-gériatriques ; ils font partie du volet « maintien à domicile ». En France, il existe des places d'accueil de jour mais pas de structures pratiquant exclusivement l'accueil de jour.

**En Belgique, les centres sont financés par un forfait INAMI et la participation financière des usagers.**

**Il en va de même au Luxembourg (forfait journalier à charge de l'utilisateur + couverture des prestations AD par l'UCM et/ou l'utilisateur).**

**Les centres d'accueil de jour français facturent quant à eux trois tarifs : le « tarif hébergement » et le « tarif dépendance » peuvent être pris en charge par l'APA à domicile tandis que le « tarif soins » est pris en charge par l'assurance maladie.**

Les centres belges et luxembourgeois sont soumis à des normes de personnel : les CSJ doivent disposer de 1 ETP<sup>285</sup> / 5 usagers et les CPG, de 1 ETP / 2,16 usagers, auxquels il faut ajouter le personnel assurant les aides et soins (AD).

#### 4.2.3. Les structures d'hébergement temporaire et permanent

Plusieurs types de structures d'hébergement pour personnes âgées coexistent dans les trois versants LLS. Ceux-ci présentent une gradation dans le niveau de prise en charge (aides et soins).

Notons qu'en France, les structures destinées à prendre en charge des personnes âgées dépendantes sont les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ceux-ci se substituent progressivement depuis 1997 aux autres types d'établissements existants, à savoir, les Maisons de Retraite (MR) et les Maisons d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes (MAPAD).

En Belgique, les Maisons de Repos et de Soins (MRS) accueillent davantage de personnes dépendantes que les Maisons de Repos (MR).

Au Luxembourg, la structure la plus « légère » est le logement encadré qui, en matière de prestations AD, est considérée comme une structure de maintien à domicile ; ce sont les réseaux qui y interviennent. Les Centres Intégrés pour Personnes Âgées (CIPA) accueillent des personnes valides et dépendantes tandis que les Maisons de Soins (MS) n'accueillent que des personnes présentant un certain niveau de dépendance – comparables aux MR et MRS en Belgique.

Bien que les types de structures de chaque pays présente leurs spécificités, nous les rapprochons de la façon suivante :

		<b>Belgique</b>	<b>France</b>	<b>Luxembourg</b>
Secteur médico-social	- dépendants	Résidences-Services ( <b>RS</b> )	Unité de Vie ( <b>UV</b> ) Logement-foyer ( <b>LF</b> ) Maisons d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées ( <b>MARPA</b> ) Résidences-Services ( <b>RS</b> )	Logements-encadrés ( <b>LE</b> )
	+ dépendants	Maisons de Repos ( <b>MR</b> ) (+ Centre de Court Séjour)	Maisons de Retraite ( <b>MR</b> ) / Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées ( <b>EHPA</b> )	Centres Intégrés pour Personnes Âgées ( <b>CIPA</b> )
	▼	Maisons de Repos et de Soins ( <b>MRS</b> ) (+ Centre de Court Séjour)	Maisons d'Accueil pour Personnes Âgées Dépendantes ( <b>MAPAD</b> ) Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ( <b>EHPAD</b> )	Maisons de Soins ( <b>MS</b> )
Secteur hospitalier		Service <b>G</b> Services <b>S6</b>	Unités de Soins de Longues Durée ( <b>USLD</b> )	Rééducation et revalidation gériatrique

<sup>285</sup> Pour 15 usagers : 1 ETP « infirmiers » + 1,5 ETP « soignants » + 0,5 ETP « personnel de réactivation ».



Les **RS** (B), **LF** (F), **MARPA** (F), **UV** (F) et **LE** (L) sont des logements autonomes permettant aux personnes âgées plus valides de recourir à un ensemble de services collectifs facultatifs. Seules les résidences-services belges et les logements encadrés luxembourgeois sont tenus de respecter des normes d'agrément et de personnel<sup>286</sup>.

Les résidents paient un loyer et supportent, en Belgique et au Luxembourg, des suppléments pour certaines prestations.

Les **MR** (B et F) et les **CIPA** (L) sont réservées à l'hébergement de personnes âgées (valides et non valides). Certains de ces établissements disposent de lits de vacances.

Dans les trois pays, les usagers paient un prix de pension. Seul au Luxembourg, une aide sociale est disponible pour ceux ne disposant pas des ressources nécessaires pour couvrir le prix de pension, ceci même en cas de validité complète.

En ce qui concerne la dépendance, les établissements français facturent un "tarif dépendance", couvert par l'APA. Les prestations d'aide de soins fournies par les établissements luxembourgeois sont financées par l'UCM (AD) et/ou les usagers. En France, s'ajoute également un "tarif soins" pris en charge par l'assurance maladie. Ceci correspond en quelque sorte au forfait versé par l'INAMI aux MR. Les usagers peuvent être amenés à supporter divers suppléments dans les établissements belges et luxembourgeois.

Les **MR** (B), **MS** (L) accueillent des personnes de tout âge présentant un certain degré de dépendance tandis que les **EHPAD** (F) et **MAPAD** (F) ne prennent en charge que les personnes dépendantes âgées. Les résidents sont par conséquent généralement des bénéficiaires de l'AD au Luxembourg et de l'APA en France. Certaines MRS, MS et EHPAD offrent des places d'accueil temporaire.

Les modes de financement sont semblables à ceux en vigueur dans les MR (B et F) et CIPA (L)<sup>287</sup> : les établissements perçoivent un prix de pension des usagers et les coûts liés à la dépendance sont pris en charge par l'APA en France, le forfait INAMI en Belgique et l'AD et/ou les usagers eux-mêmes au Luxembourg.

Seuls les établissements belges et luxembourgeois sont tenus de respecter des normes. Bien qu'elles soient difficilement comparables, nous observons que le nombre de personnels soignants est plus élevé au Luxembourg qu'en Belgique.

**Tableau : Nombre de pensionnaires / ETP**

Types d'établissements	Belgique*	Luxembourg
MRS / MS	2.6	1.01
MR / CIPA	2.85	1.39
CSJ / CPG	5	2.16

\* calculé sur le degré de dépendance le plus élevé

Notons qu'en France, certaines personnes âgées sont placées dans des familles d'accueil agréées.

Aucun service spécialisé en soins gériatriques aigus n'est officiellement reconnu par le Ministère de la Santé luxembourgeois mais un hôpital (Clinique Ste Thérèse) s'est spécialisé

<sup>286</sup> Un directeur, du personnel en suffisance pour assurer les services et conclure de conventions avec les prestataires indépendants.

<sup>287</sup> B : forfait INAMI + prix d'hébergement + suppléments à charge du patient ; F : tarifs d'hébergement, de dépendance et de soins ; L : prix de pension + suppléments payés par l'usager + éventuelle intervention de l'AD.

dans ce domaine, avec également un département de soins palliatifs. Qui plus est, il existe quatre services de rééducation gériatrique dans les hôpitaux luxembourgeois.

En Belgique, il existe les services G (gériatriques) et S6 (psychogériatriques). Il n'existe toutefois pas de services S6 en province de Luxembourg.

Les établissements hospitaliers français s'intègrent pleinement dans la filière de prise en charge des personnes âgées en s'appuyant sur différents types de structures comme les hôpitaux de jour, les unités de soins de suite qui accueillent une très forte population gériatrique ou les unités de soins de longue durée (USLD).

**Tableau : Offre (2003)**

	ZIB			ZIF			ZIL		
	N	Densité*		N	Densité*		N	Densité*	
		≥ 60	≥ 75		≥ 60	≥ 75		≥ 60	≥ 75
<b>CAJ + CSJ</b> <b>CAJ</b> <b>CPG</b>	30 + 5 places <sup>°</sup>	0.7	1.9	n.d.	-	-	18 étb. 300 places	3.5	11
<b>RS</b> <b>RS + LF + MARPA +</b> <b>UV</b> <b>LE</b>	2 étb. 20 appart. <sup>°</sup>	0.4	1.1	3 + 115 + 2 + 21 = 140 étb.  n.d. + 5573 + 105 + 231 = 5909 lits	15.5	46.5	10 étb.	n.d.	n.d.
<b>MR</b> <b>MR + MAPAD</b> <b>CIPA</b>	50 étb. 2727 lits	53	147	187 étb. 1651 lits	4.5	13	36 étb. 3249 lits	39	121
<b>MRS</b> <b>EHPAD + MAPAD</b> <b>MS</b>	19 étb. 681 lits	13	37	105 + 1 = 106 étb. 8385 + 15 = 8400 lits	22	66	15 étb. 1267 lits	15	47
<b>Services hospitaliers</b> <b>USLD</b> <b>Serv. de rééducation</b> <b>gériatrique</b>	G : 126 lits S6 : 0	2.5	7	2550 lits	6.5	20	4 étb. 105 lits	1.2	4

<sup>°</sup> 2004 ; \* 1000 habitants de ≥ 60 ans<sup>288</sup> ou de ≥ 75 ans<sup>289</sup>

<sup>288</sup> ZIB : 51147 (INS 2003) ; ZIF : 384 017 (INSEE 2002) ; ZIL : 83 658 (Statec 2003).

<sup>289</sup> ZIB : 18 539 (INS 2003) ; ZIF : 126 959 (INSEE 2002) ; ZIL : 26 821 (Statec 2003).

## Chapitre 3 : Mobilité transfrontalière

### 1. Cadre légal

En 1957, le Traité de Rome institue la libre circulation des personnes au sein de la Communauté économique européenne mais la limite aux travailleurs<sup>290</sup>. Il faut attendre l'Acte unique européen (1986) pour que ce droit soit étendu à l'ensemble des citoyens de l'Union européenne.

Pour ne pas entraver cette libre circulation, les Etats membres ont institué un mécanisme communautaire de coordination de leurs systèmes de sécurité sociale : les règlements 1408/71 et 574/72 visent à protéger les droits de sécurité sociale des personnes qui se déplacent dans l'UE.

Grâce au principe d'exportabilité des prestations de sécurité sociale posé par le règlement 1408/71 et, sauf dérogation<sup>291</sup> à la levée des clauses de résidence, les ressortissants de l'UE peuvent « recevoir des soins dans leur nouveau pays de résidence ainsi qu'en cas de séjour temporaire à l'étranger (vacances, retour passager en famille ...) »<sup>292</sup>.

Les personnes âgées hébergées dans un établissement situé de l'autre côté de la frontière bénéficient de ces droits et sont soumises aux procédures établies par ces règlements.

Avant de les développer, il convient de rappeler les conditions d'accès au territoire et de séjour en vigueur en Belgique, en France et au Luxembourg.

#### 1.1. Conditions d'accès aux territoires et de séjour

Ces trois pays ont transposé dans leur législation interne les dispositions du Traité ainsi que les règlements<sup>293</sup> et directives<sup>294</sup> subséquentes relatives au droit de séjour des citoyens de l'Union et des membres de leur famille.

La directive communautaire en date du 29 avril 2004 rassemble désormais en un seul document l'ensemble de ces textes et simplifie les formalités pour l'exercice du droit de séjour des citoyens de l'Union européenne<sup>295</sup>.

Un droit de séjour a ainsi été institué en faveur des travailleurs salariés et non salariés ayant cessé leur activité professionnelle (directives 68/360 et 90/365). Cependant, ce droit de séjour des retraités est lié au niveau de couverture sociale des intéressés.

En effet, les Etats membres sont en droit de faire dépendre de deux conditions le droit de séjour de tout ressortissant de l'Union qui a exercé dans la Communauté une activité en tant que travailleur salarié ou non salarié, ainsi que des membres de sa famille :

---

<sup>290</sup> Traité de Rome, Troisième partie – Titre III La libre circulation des personnes, des services et des capitaux - Chapitre 1

<sup>291</sup> Par dérogation, l'annexe II bis du règlement fixe une liste de prestations spéciales en espèces à caractère non contributif, qui peuvent être servies par l'Etat uniquement aux personnes résidant sur son territoire.

<sup>292</sup> DG de l'Emploi et des Affaires sociales de la CE, *Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie*, Bruxelles, Mai 2000, p.3.

<sup>293</sup> Règlement 1612/68.

<sup>294</sup> Directives 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/360/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE, 93/96/CEE.

<sup>295</sup> Directive 2004/38/CE du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de circuler et de séjourner librement dans toute l'Union Européenne. Cette directive doit être transposée dans le droit interne des Etats membres avant le 30 avril 2006.

- qu'il bénéficie d'une pension d'invalidité, de préretraite, de vieillesse, ou d'une rente accident du travail ou de maladie professionnelle, de niveau suffisant pour qu'il ne devienne pas, pendant son séjour, une charge pour l'Etat d'accueil ;
- qu'il dispose d'une assurance maladie couvrant l'ensemble des risques dans l'Etat membre d'accueil.

Les ressources du demandeur sont considérées comme suffisantes lorsqu'elles sont supérieures au niveau de ressources en deçà duquel une assistance sociale peut être accordée par l'Etat membre d'accueil à ses ressortissants (ou supérieure au niveau de pension minimale de sécurité sociale), compte tenu, de la situation personnelle du demandeur et des membres de sa famille (art 1 Directive n°90/365).

La directive du 29 avril 2004 (devant être transposée avant le 30 avril 2006) abroge la directive précédente et pose désormais la condition générale suivante : au-delà d'une durée de trois mois, toute personne inactive<sup>296</sup> a le droit de séjourner sur le territoire d'un autre Etat membre, à condition

- de disposer de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale de l'Etat membre d'accueil au cours de son séjour ;
- et d'une assurance maladie complète dans l'Etat membre d'accueil.

Ne sont donc plus visées les seules pensions et rentes perçues au titre d'un emploi antérieur ou les prestations sociales qui ne sont, pour la plupart, pas exportables.

Cette nouvelle mesure, assortie de l'impulsion donnée par la Cour de Justice en faveur d'une meilleure effectivité du droit de séjour des retraités<sup>297</sup>, devrait favoriser leur libre circulation dans l'Union européenne.

#### **1.1.1. En Belgique**

En Belgique, l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers sont régis par la loi du 15 décembre 1980<sup>298</sup>.

Selon ce texte, les personnes âgées étrangères n'ont besoin que d'une carte d'identité du pays d'origine ou d'un passeport valable durant leurs trois premiers mois de séjour. Si elles sont hébergées chez des particuliers, elles doivent en aviser les autorités communales de leur lieu de séjour.

Le transfert de résidence effectué par les personnes âgées étrangères vers leur lieu d'hébergement n'implique pas nécessairement un changement de domicile. Elles doivent néanmoins dans ce cas faire preuve de moyens de subsistance suffisants.

Au-delà d'un an, l'administration communale compétente doit introduire une demande d'établissement. Si l'établissement est accordé, la commune délivre une carte de séjour valable pour cinq ans et inscrit l'étranger dans le registre de la population. Cette personne est présumée, par la loi, avoir établi son domicile ou le siège de sa fortune en Belgique et est, par conséquent, soumise à l'impôt sur le revenu pour l'entièreté des revenus touchés n'importe où dans le monde.

#### **1.1.2. En France**

La régularité du séjour d'un étranger en France (Métropole et Départements d'Outre Mer) est une condition d'ouverture du droit à un avantage de vieillesse quel qu'il soit<sup>299</sup>. Celle-ci doit être remplie à la date d'effet de l'avantage réclamé, et non à la date de dépôt de la demande<sup>300</sup>.

<sup>296</sup> Personne qui n'est pas un travailleur salarié ou non salarié dans l'Etat membre d'accueil.

<sup>297</sup> Cf. infra, 1.2.4. Les arrêts de la CJCE.

<sup>298</sup> MB : 31/12/1980.

Les ressortissants étrangers relevant du droit communautaire<sup>301</sup> bénéficient d'un droit de séjour privilégié.

En application des décrets du 11 mars 1994 et du 27 avril 1995<sup>302</sup>, complétés en dernier lieu par la loi du 26 novembre 2003<sup>303</sup>, la production d'un simple document attestant de la nationalité, est suffisante pour prouver la régularité du séjour en France<sup>304</sup>.

Au-delà d'un séjour de trois mois dans le pays, une autorisation administrative de séjour doit être délivrée par l'autorité préfectorale<sup>305</sup>.

Le ressortissant communautaire, souhaitant exercer une activité économique salariée ou indépendante en France, bénéficie d'un titre de séjour pour une période de 10 ans. A l'expiration de cette période, une carte de ressortissant communautaire à durée permanente lui est délivrée ainsi qu'aux membres de sa famille.

L'obtention de ce titre de séjour pour un retraité, un pensionné ou un non actif, est subordonnée à la condition de justifier d'une couverture sociale et de disposer de ressources suffisantes pour ne pas être à la charge du pays d'accueil<sup>306</sup>. La carte délivrée est valable 5 ans.

Pour les ressortissants de pays tiers, une carte de résident, valable 10 ans, est accordée aux étrangers qui justifient avoir des liens personnels et familiaux en France<sup>307</sup>.

Une carte spécifique « retraité » ou « conjoint de retraité » est accordée à l'étranger qui a résidé en France sous couvert d'une carte de résident, et qui a souhaité s'établir dans son pays d'origine tout en gardant la possibilité d'effectuer des séjours temporaires n'excédant pas une année en France.

### **1.1.3. Au Luxembourg**

Au Luxembourg, l'arrivée d'étrangers communautaires (et non-communautaires) est régie par la loi du 28 mars 1972<sup>308</sup> et les règlements grands-ducaux du 28 mars 1972<sup>309</sup>.

---

<sup>299</sup> Prestation contributive, allocation veuvage, allocation pour personnes âgées.

<sup>300</sup> Circulaire CNAV 2004/53 du 01 octobre 2004. Si la condition de régularité du séjour n'est plus satisfaite, les avantages attribués restent cependant acquis.

<sup>301</sup> Ressortissants des Etats membres de l'Union européenne, de l'Espace Economique Européen (EEE – Islande, Norvège, Liechtenstein) et de la Suisse, ainsi que les membres de leur famille, quelle que soit leur nationalité.

<sup>302</sup> Décrets n°94-211 du 11 mars 1994 publié au Journal Officiel du 13 mars 1994, et n°95-474 du 27 avril 1995 publié au Journal Officiel du 29 avril 1995.

<sup>303</sup> Loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative au séjour des étrangers en France, publiée au JO du 27 novembre 2003.

<sup>304</sup> Art L 161-18-1 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>305</sup> Sous le contrôle hiérarchique du Ministère de l'Intérieur.

<sup>306</sup> La législation européenne interdit aux Etats Membres de fixer les caractéristiques ou la nature des ressources en cause. Une circulaire française en date du 16 juin 1999 (n°INTD9900143C) interdit à l'administration d'écarter d'emblée la délivrance d'une carte de séjour à un non-actif aux motifs qu'il ne peut attester disposer de ressources ayant un caractère régulier et permanent (somme d'argent mensuelle) : « Il convient de prendre en considération l'ensemble des éléments actuels ou potentiels dont peuvent faire état les demandeurs pour attester qu'ils répondent à la condition de disposer de ressources suffisantes pour ne pas tomber à la charge de l'assistance sociale française (occupation d'une maison à titre de propriété ou mise gratuitement à disposition, ressources provenant d'un parent qui peut se porter garant...)

<sup>307</sup> Carte également accordée aux réfugiés politiques et aux personnes ayant démontré leur intégration dans le pays.

<sup>308</sup> Mém. A - 24 du 13 avril 1972, p.818.

<sup>309</sup> Mém. A - 24 du 13 avril 1972, p.823 et p. 826.

Selon l'article 2 de la loi : « l'entrée et le séjour au Grand-Duché pourront être refusés à l'étranger : (...) - qui ne dispose pas de *moyens personnels suffisants* pour supporter les frais de voyage et de séjour. ».

L'article 1er du règlement définissant le régime général précise : « Tout étranger, qui se propose de séjourner moins de trois mois dans le Grand-Duché, doit dans les trois jours à partir de son arrivée, faire à l'autorité locale de la commune où il voudra fixer sa résidence, une déclaration à ces fins. (...) »

En conformité avec la directive 90/364/CE, un régime particulier s'applique aux ressortissants communautaires (et EEE) « (...) qui ont exercé dans l'Espace Economique européen une activité en tant que salarié ou non salarié, à condition qu'ils bénéficient d'une pension d'invalidité, de préretraite ou de vieillesse ou d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle qui leur assure un revenu au moins égal au revenu minimum garanti tel qu'il est défini à l'article 3 de la loi du 26 juillet 1986 (...) et qu'ils disposent d'une assurance-maladie<sup>310</sup> » (art 1<sup>er</sup>, sub 6 du règlement<sup>311</sup>).

Le ressortissant communautaire séjournant moins de 3 mois peut résider régulièrement sous le couvert du document qui a permis le franchissement de la frontière (art. 7 du règlement<sup>312</sup>). Ceci ne le dispense pas de la déclaration à faire à la commune.

Au-delà des 3 mois, tout Communautaire doit faire la demande d'une carte de séjour auprès de sa commune. La délivrance de cette dernière est soumise à certaines conditions<sup>313</sup>, dont celle des ressources.

Le Communautaire qui ne dispose pas de moyens suffisants pour remplir la condition des ressources peut toutefois présenter une déclaration de prise en charge, signée par un membre de sa famille qui réside déjà au Luxembourg.

## **1.2. Exportabilité des allocations / assurances**

La question de l'exportabilité des prestations sociales est au cœur du dispositif de libre circulation des personnes.

Les clauses de résidence prévues par la législation des Etats membres sont cependant battues en brèche par la Cour de Justice qui, sous couvert de la qualité de citoyen de l'Union, accorde aux titulaires d'un droit de séjour les prestations sociales de l'Etat d'accueil dans les mêmes conditions que les nationaux.

### **1.2.1. Allocations belges**

Rappelons que pour bénéficier de la Garantie de Revenus Aux Personnes Agées<sup>314</sup> (ou du Revenu Garanti aux Personnes Agées), les personnes âgées doivent séjourner en permanence et effectivement en Belgique. Par conséquent, dès qu'un bénéficiaire de la GRAPA (ou RGPA) quitte la Belgique, il doit en informer l'Office National des Pensions (ONP).

---

<sup>310</sup> Dans le cas d'un retraité, le formulaire E121 est la pièce justificative de l'assurance maladie de son Etat d'affiliation.

<sup>311</sup> Règlement relatif aux conditions d'entrée et de séjour de certaines catégories d'étrangers faisant l'objet de conventions internationales, 28 mars 1972.

<sup>312</sup> *Idem.*

<sup>313</sup> Par exemple celle d'un logement adéquat.

<sup>314</sup> GRAPA

Concrètement, la durée de séjour à l'étranger est, sauf exception<sup>315</sup>, limitée à 29 jours/an. En cas de séjour plus long, « le paiement de la GRAPA (ou RGPA) est suspendu pour chaque mois au cours duquel le bénéficiaire ne séjourne pas de manière ininterrompue en Belgique »<sup>316</sup>.

Pour bénéficier de l'allocation aux personnes âgées belges, la personne doit également être domiciliée en Belgique et y séjourner réellement. Par conséquent, lorsque le bénéficiaire s'absente du Royaume, celui-ci doit en aviser le service des allocations aux handicapés. Sont considérés comme des séjours à l'étranger les séjours à l'étranger :

- < 90 jours / an ;
- comme patient dans un hôpital ou dans un autre établissement de soins ;
- chez un parent ou allié qui est au service de l'Etat belge ;
- autorisés par le Ministre en raison de circonstances exceptionnelles.

### **1.2.2. Les allocations françaises**

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie<sup>317</sup> est définie comme « une allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale »<sup>318</sup>, et n'a donc pas vocation à être exportée hors du territoire national.

En application de l'article L 232-2 du Code de l'Action Sociale et des familles, l'APA n'est versée qu'à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière sur le territoire français. La résidence stable s'entend d'une résidence effective et ininterrompue de plus de trois mois sur le territoire national.

En conséquence, une personne dépendante placée dans un établissement d'un Etat membre de l'Union européenne autre que la France, ne peut prétendre à l'APA, et a droit uniquement aux prestations de l'Etat de résidence. Ces prestations sont dans ce cas imputées à l'Etat français qui est tenu de rembourser la dépense sur la base d'un forfait annuel tenant compte du coût moyen local, par titulaire de pensions, de prestations en nature de maladie (soins de santé et soins liés à l'état de dépendance)<sup>319</sup>.

L'APA est considérée par l'Etat français comme une prestation en nature, hors du champ d'application de l'article 10 du règlement 1408/71 qui organise l'exportation des prestations en espèces d'invalidité, de vieillesse et de survivant<sup>320</sup>.

### **1.2.3. L'assurance luxembourgeoise**

Les assurés luxembourgeois peuvent :

- soit exporter leurs prestations en espèces luxembourgeoises vers tout autre Etat – membre ;
- soit bénéficier des prestations en nature servies par le pays de résidence à charge du Luxembourg.

---

<sup>315</sup> soit un séjour dans un établissement de soins (hôpital ou autre), soit un séjour "pour circonstances exceptionnelles" avec autorisation préalable de l'ONP.

<sup>316</sup> [http://www.enmarche.be/Bon\\_a\\_savoir/Grapa\\_sejour\\_limite.htm](http://www.enmarche.be/Bon_a_savoir/Grapa_sejour_limite.htm)

<sup>317</sup> APA

<sup>318</sup> Décision du Conseil Constitutionnel en date du 18 juillet 2001 – décision n°2001-447 DC

<sup>319</sup> Réponse Ministérielle n°13000 JOAN Q n°28 du 14 juillet 2003.

<sup>320</sup> « à moins que le présent règlement n'en dispose autrement, les prestations en espèces d'invalidité, de vieillesse ou de survivant (...) acquises au titre de la législation d'un ou de plusieurs Etats membres, ne peuvent subir aucune réduction, ni modification, ni suspension, ni suppression, ni confiscation du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire d'un Etat membre autre que celui où se trouve l'institution débitrice ».

Les prestations en nature sont toujours réalisées par des services prestataires de l'Etat membre d'accueil et sont à la charge de l'organisme payeur du pays d'origine selon un système de remboursement forfaitaire (arrêt Molenaar CJCE (C160/96)).

Quant à l'**évaluation** d'un assuré luxembourgeois résidant à l'étranger :

- Cet assuré doit, en principe se déplacer vers le Luxembourg, où il sera évalué par la CEO. Les frais du déplacement sont à la charge de la personne qui souhaite bénéficier de l'assurance dépendance. Si toutefois il ne peut pas se déplacer et habite à une distance raisonnable du Luxembourg, la CEO se déplace pour l'évaluer. Si la personne habite loin et ne peut pas se déplacer, l'évaluation peut être faite par le médecin traitant.
- L'assuré luxembourgeois résidant en Belgique peut être évalué par l'INAMI<sup>321</sup> en Belgique suite à un accord administratif entre l'INAMI et les autorités luxembourgeoise, sur base d'un questionnaire spécifique de la CEO.

#### **1.2.4. Les arrêts de la CJCE**

La prise en charge du risque dépendance est source de nombreux contentieux, particulièrement concernant les conditions de résidence imposées par les Etats membres pour le versement de leurs prestations.

A travers ce contentieux, la Cour a été amenée à préciser le champ d'application du règlement 1408/71 : les prestations versées par les Etats membres au titre du risque dépendance constituent des prestations de maladie en espèces soumises en conséquence au principe de l'exportabilité des prestations de sécurité sociale, sauf dérogations prévues par le règlement communautaire.

##### **Arrêt Snare (C-20/96)**

Un retraité qui percevait dans son Etat d'origine des prestations sociales lui assurant des ressources minimales s'est vu refuser par la Cour de Justice le droit de séjour dans un autre Etat membre au motif que ces prestations ne sont pas exportables en application de l'article 10 bis du règlement 1408/71 relatif aux prestations spéciales à caractère non contributif, et qu'il risquait, en conséquence, de se retrouver à la charge de l'assistance sociale de l'Etat de séjour.

La Cour a constaté qu'à défaut d'harmonisation en matière de sécurité sociale, les Etats membres restent compétents pour définir les conditions requises pour l'octroi de prestations sociales, même s'ils les rendent plus rigoureuses.

##### **Arrêt Molenaar (C-160/96)**

M. et Mme Molenaar résident en France et travaillent en Allemagne. Ils sont tous deux affiliés à titre volontaire à l'assurance maladie en Allemagne et ont été assujettis à l'assurance dépendance<sup>322</sup> depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1995. Or, leur caisse d'assurance maladie (AOK) les a informés qu'ils ne pourraient, conformément à la législation allemande, bénéficier des prestations de l'assurance dépendance tant qu'ils résideraient en France.

---

<sup>321</sup> Institut National d'Assurance Maladie Invalidité : organisme coordinateur belge.

<sup>322</sup> L'assurance dépendance allemande octroie trois types de prestations : 1) des prestations destinées à couvrir les frais occasionnés par les soins prodigués à domicile par des tierces personnes (soit sous la forme de soins dispensés par des organismes agréés, soit sous la forme d'une allocation mensuelle permettant au bénéficiaire de choisir la forme d'aide qu'il considère comme la plus appropriée à son état) ; 2) la prise en charge des soins donnés à l'assuré dans ces centres d'hébergement ou des établissements de soins, les allocations destinées à suppléer l'absence de la tierce personne, les allocations et indemnités couvrant divers frais entraînés par l'état de dépendance de l'assuré (matériel ...) ; 3) la prise en charge des cotisations à l'assurance vieillesse et invalidité ainsi qu'à l'assurance accident de la tierce personne.



La question préjudicielle posée dans cette affaire vise à savoir si un Etat membre peut imposer aux personnes travaillant sur son territoire mais résidant dans un autre Etat membre de cotiser à un régime de sécurité sociale du type de celui de l'assurance dépendance tout en excluant le versement des prestations au titre d'un tel régime dans l'Etat membre où résident ces travailleurs.

Pour répondre à cette question, la CJCE a précisé tout d'abord que les prestations de l'assurance dépendance allemande relèvent du champ d'application du règlement 1408/71 sous la rubrique de l'assurance maladie car :

- Les dispositions relatives à l'octroi des prestations de l'assurance dépendance confèrent aux bénéficiaires un droit légalement défini ;
- Les prestations octroyées ont essentiellement pour objet de compléter les prestations de l'assurance maladie afin d'améliorer l'état de santé et la vie des personnes dépendantes.

Le juge a estimé également que les prestations de l'assurance dépendance allemande sont des prestations en espèces car :

- Le versement de l'allocation n'est pas subordonné à l'engagement préalable de certaines dépenses ni a fortiori à la production de justificatifs des dépenses engagées ;
- Le montant des allocations est fixé indépendamment des frais réellement engagés par le bénéficiaire ;
- Le bénéficiaire dispose d'une grande liberté d'utilisation des sommes allouées.

Par conséquent, conformément à l'article 19 §1 b) du règlement 1408/71, le travailleur bénéficie de l'allocation dépendance dans l'Etat membre où il réside, même si la législation de ce dernier Etat ne prévoit pas de prestation de ce type. Autrement dit, le bénéficiaire d'une allocation telle que l'allocation de dépendance, qui constitue une prestation de maladie en espèces, ne peut être subordonné à la résidence de l'assuré sur le territoire de l'Etat d'affiliation.

Par ailleurs, le juge note qu'un Etat membre peut imposer à des personnes travaillant sur son territoire mais résidant dans un autre Etat membre de cotiser à un régime de sécurité sociale couvrant le risque de dépendance et ce, même s'il n'en bénéficie pas.

#### **Arrêt Jauch (C-215/99)**

Cette affaire concerne un résident allemand qui a travaillé en Autriche. Assuré à titre volontaire au régime de l'assurance pension autrichien, il reçoit depuis le 1<sup>er</sup> mai 1995 une pension de retraite du régime autrichien.

M. Jauch se voit refuser l'allocation de soins liée à son état de dépendance prévue par la loi fédérale autrichienne au motif que cette allocation est expressément inscrite à l'annexe II bis du règlement 1408/71 (allocations spéciales en espèces à caractère non contributif) qui constitue une dérogation au principe de l'exportabilité des prestations de sécurité sociale. Par ailleurs, cette allocation est soumise par la législation autrichienne à une condition de résidence sur le territoire national.

La CJCE a été amenée à déterminer si cette allocation, inscrite à l'annexe II bis du règlement 1408/71, est effectivement une prestation spéciale en espèces à caractère non contributif.

En se basant sur les critères définis dans l'arrêt Molenaar, la Cour a considéré l'allocation de soins autrichienne comme une prestation en espèces de l'assurance maladie.

Par contre, la Cour a estimé que cette allocation présente un caractère contributif dans la mesure où le financement de cette prestation a été réalisé grâce à l'augmentation des cotisations d'assurance maladie.

Etant donné que l'allocation de soins prévue par la loi fédérale autrichienne n'est pas une prestation spéciale en espèces non contributive, son versement ne peut être subordonné à la condition que la personne dépendante ait sa résidence habituelle en Autriche.

#### **Arrêt Gaumain-Cerri et Barth (C-502/01)**

Cet arrêt concerne deux affaires relatives à l'assurance dépendance allemande.

M. et Mme Gaumain-Cerri résident en France et travaillent en Allemagne. Ils sont à ce titre affiliés à l'assurance dépendance allemande. Ceux-ci exercent à titre bénévole le rôle de tierce personne auprès de leur fils handicapé mais leur caisse refuse de prendre en charge leurs cotisations d'assurance vieillesse (prestations de l'assurance dépendance allemande) au motif qu'ils ne résident pas sur le territoire allemand.

De même, Mme Barth, résidente belge, apporte son aide en Allemagne à un fonctionnaire retraité. Celle-ci voit le versement des cotisations lui permettant d'acquérir des droits de pension (prestations de l'assurance dépendance allemande) interrompu parce qu'elle ne réside pas en Allemagne.

Conformément à l'arrêt Molenaar, cet arrêt a estimé que les prestations de l'assurance dépendance sont des prestations de maladie soumises au règlement 1408/71. La prise en charge des cotisations d'assurance vieillesse de la tierce personne à laquelle une personne dépendante a recours pour l'assister à domicile est qualifiée de prestation de maladie en espèces. Cette prestation est par conséquent exportable et sera octroyée :

- dans le cas de la famille Gaumain-Cerri, selon les dispositions de la législation en vigueur dans le pays compétent de la personne dépendante (Allemagne) sauf si la personne dépendante a droit aux mêmes prestations en vertu de la législation de l'Etat sur le territoire duquel elle réside (France) ;
- dans le cas de Mme Barth, selon les dispositions de la législation en vigueur dans le pays compétent de la personne dépendante (Allemagne), et ce même si la prestation est fournie par un organisme de droit privé.

La Cour se base désormais sur la qualité de citoyen de l'Union pour accorder à « tous les ressortissants des Etats membres qui se trouvent dans la même situation, d'obtenir, dans le domaine d'application du Traité, sans préjudice des exceptions prévues à cet égard, le même traitement juridique ». La Cour pose donc un principe d'égalité de traitement dépassant le seul critère de la nationalité.

### **1.3. Accès aux soins de santé**

#### **1.3.1. Les droits et procédures**

Les droits aux allocations (Cf. supra) et aux soins de santé auxquels les assurés sociaux étrangers UE hébergés dans un autre Etat membre peuvent prétendre sont essentiellement déterminés par leur pays de résidence. Ce dernier peut être différent de leur pays de domiciliation et/ou de leur pays compétent en matière de pension/rente et/ou de soins de santé.

Etant donné que la résidence est un critère déterminant dans l'ouverture des droits, il convient de distinguer deux situations dans les cas d'hébergement des personnes âgées à l'étranger : le séjour temporaire (maintien de la résidence) et le séjour définitif (transfert de la résidence). Généralement, le placement en maison de repos est d'abord considéré comme un séjour temporaire (période d'essai) avant de devenir définitif.

Avant de développer ces situations, rappelons tout d'abord les critères permettant de déterminer l'Etat chargé de supporter les frais de soins santé de l'assuré social. Il s'agit de l'Etat :

- débiteur de la pension pour les bénéficiaires d'une rente ou d'une pension<sup>323</sup> d'un seul Etat membre ;
- de résidence pour les bénéficiaires d'une rente ou d'une pension de deux ou plusieurs Etats membres qui résident dans l'un de ces pays<sup>324</sup> ;
- à la législation duquel les bénéficiaires d'une rente ou d'une pension de deux ou plusieurs Etats membres et qui ne résident pas dans un de ces pays ont été soumis le plus longtemps.

Lorsque le titulaire de la rente ou de la pension ne réside plus dans ce pays (transfert de résidence), cet Etat octroie au pays de résidence un forfait mensuel censé couvrir l'ensemble des soins de santé des pensionnés et invalides (Cf. infra). Le pays de résidence devient dès lors "compétent" en matière de soins de santé.

En conséquence, lorsque le retraité décide de recevoir des soins médicaux dans l'Etat débiteur de sa pension ou rente, il doit préalablement demander une autorisation, conformément au règlement communautaire, à la caisse de maladie auprès de laquelle il est inscrit dans le pays de résidence (cf. affaire C-156/01 Van Der Duin – 3 juillet 2003).

### Séjour temporaire

En cas de séjour temporaire, la personne âgée doit demander sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM) à l'organisme d'assurance maladie de son lieu de résidence<sup>325</sup>. Ce document permet, en cas de nécessité, d'avoir accès à un médecin, un dentiste ou un hôpital du pays de séjour et d'être remboursé sur base des tarifs applicables dans le pays de séjour c'est-à-dire comme un assuré de cet Etat membre<sup>326</sup>. Ces frais sont intégralement facturés au pays de résidence, via les organismes de liaison internationaux<sup>327</sup>.

En 2003, la CJCE a rendu un arrêt relatif au remboursement des frais médicaux déboursés par un retraité grec, en visite en Allemagne, qui a été hospitalisé d'urgence pour des problèmes cardiaques<sup>328</sup>. Sa caisse d'assurance maladie avait refusé de prendre en charge ces frais sur base du formulaire E111<sup>329</sup> au motif qu'il souffrait d'une maladie chronique et qu'en conséquence, le traitement reçu ne pouvait être considéré comme immédiatement nécessaire. Or, selon le règlement n°1408/71, le droit aux prestations en nature n'est pas limité aux seuls cas où les soins apparaissent nécessaires en raison d'une affection soudaine. Autrement dit, le fait que le pensionné souffre d'une maladie chronique connue avant son séjour ne peut l'empêcher de bénéficier des prestations que requiert l'évolution de son état de santé durant le séjour. C'est la raison pour laquelle la CJCE affirme qu'un «Etat membre ne peut subordonner la prise en charge des frais médicaux d'un pensionné qui s'est rendu en visite dans un autre Etat membre, ni à une autorisation, ni à la condition que l'affection dont souffre l'intéressé se soit manifestée soudainement ».

<sup>323</sup> Sont considérés comme titulaires de pensions, les titulaires d'une pension de retraite, de survie, d'invalidité, ou d'orphelin et les titulaires d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

<sup>324</sup> Les anciens travailleurs belgo-luxembourgeois résidant en Belgique ont droit au complément à charge du Luxembourg : la convention belgo-luxembourgeoise accorde un remboursement complémentaire à hauteur de 93,5 % de la prestation aux travailleurs frontaliers belges soignés dans leur pays de résidence. Pour ce faire, la caisse de pension luxembourgeoise délivre un formulaire BL 3 aux anciens travailleurs frontaliers résidant en Belgique.

<sup>325</sup> Mutualité (ou CAAMI) en Belgique, CPAM en France, Caisse de maladie au Luxembourg.

<sup>326</sup> S'agissant de médicaments ou de consultations chez un médecin ou un dentiste, le malade avance les frais et se fait rembourser par la caisse de maladie du lieu de séjour ou, à son retour, par son organisme assureur. En cas d'hospitalisation, il convient de présenter la CEAM à la caisse de maladie du lieu de séjour afin que celle-ci rembourse directement l'hôpital.

<sup>327</sup> INAMI en Belgique, CLEISS en France et l'UCM au Luxembourg.

<sup>328</sup> C.J.C.E., IKA C-326/00.

<sup>329</sup> Remplacé par la Carte Européenne d'Assurance Maladie depuis le 1<sup>er</sup> juin 2004.

## Séjour définitif

A son arrivée dans l'établissement étranger, la personne âgée ou sa famille doit accomplir les démarches nécessaires auprès de l'organisme compétent<sup>330</sup> pour obtenir un formulaire E 121. Ce formulaire individuel, permettant l'accès à l'ensemble des soins de santé du pays de résidence, est délivré :

- aux titulaires d'une pension qui ne résident pas dans le pays qui octroie la pension ainsi qu'à ses personnes à charge qui résident avec lui ;
- aux personnes à charge d'un titulaire de pension lorsqu'elles résident sans leur titulaire hors du pays qui octroie la pension.

Les titulaires d'une pension ou d'une rente sont soumis aux législations en vigueur dans leur pays de résidence et ont uniquement accès aux soins de santé délivrés dans ce pays<sup>331</sup>. La suspension des droits dans le pays compétent s'explique par le mode de décompte financier<sup>332</sup> : en cas de délivrance d'un formulaire E121, le pays de résidence récupère les soins qu'il rembourse selon un mode forfaitaire, au moyen du formulaire E127. Le pays compétent n'acceptera par conséquent plus aucune dépense pour ces assurés assimilés à des citoyens dans le pays où ils sont désormais installés.

La convention sociale entre le Luxembourg et la Belgique déroge toutefois à ce principe : les anciens travailleurs belgo-luxembourgeois et leurs familles peuvent se faire soigner dans les deux pays<sup>333</sup>.

Pour pouvoir bénéficier des soins dans un autre Etat membre que le pays de résidence — sauf dans le cas prévu dans la convention belgo-luxembourgeoise, les assurés sociaux doivent être munis de leur Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) lors d'un séjour temporaire ou d'une autorisation médicale préalable (E 112) en cas de soins programmés. Les remboursements s'effectuent sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Notons qu'il existe le long de la frontière belge, des expériences de zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers. Ces projets permettent aux patients de la zone frontalière d'avoir accès aux hôpitaux situés de l'autre côté de la frontière sans cette autorisation médicale et de se faire rembourser sur base des tarifs en vigueur dans le pays des soins.

Il en va de même, en cas d'hospitalisation ou de dialyse dans un établissement étranger situé à moins de 25 km de la frontière belge, pour les résidents belges situés à moins de 15 km de la frontière<sup>334</sup>.

---

<sup>330</sup> L'institution débitrice de la pension octroie un formulaire E 121, qu'elle fait viser si nécessaire par l'institution d'assurance maladie du pays débiteur de la pension.

<sup>331</sup> C.J.C.E., Van Der Duin C-156/01 et Van Wegberg C-156/01.

<sup>332</sup> ANMC, *Les conventions internationales*, s.l., Juin 2002, p.19.

<sup>333</sup> En cas de pension unique, le bénéficiaire doit obtenir un formulaire BL2 pour bénéficier des soins de santé dans son pays de résidence. Aucun formulaire n'est nécessaire en cas de pension mixte (Cf. infra).

<sup>334</sup> Circulaire OA n°99/427 du 16 septembre 1999, point 3 "Particularités frontalières".

## 2. Les flux transfrontaliers dans la zone LLS

### 2.1. Méthodologie de l'enquête

Un questionnaire visant essentiellement à quantifier les flux de personnes âgées vers des structures d'hébergement situées de l'autre côté de la frontière a été élaboré sur base de celui établi par l'OFBS<sup>335</sup> en 2004. Ce document a été envoyé au cours des 4<sup>ème</sup> trimestre 2004 et 1<sup>er</sup> trimestre 2005 aux directeurs des établissements de la province de Luxembourg, du Grand-Duché de Luxembourg et de la zone frontalière de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle.

Cette enquête a également permis de récolter un certain nombre d'informations relatives au profil des institutions et des personnes qui y sont hébergées.

Certaines de ces données ont été complétées par des données administratives.

Les diverses relances ont permis d'atteindre un taux de réponse de 75 %.

**Tableau : Taux de réponse / établissement<sup>336</sup>**

Zones	Envois	Réponses	Taux (%)
Province de Luxembourg	52	37	71,2 <sup>337</sup>
Meuse	16	14	87,5
Meurthe-et-Moselle	30	11	36,5
Moselle	82	63	78
Grand-Duché de Luxembourg	83	72	86,5
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>197</b>	<b>75,2</b>

Après avoir quantifié ces flux, nous avons cherché à connaître les raisons sous-jacentes à cette mobilité qui, nous le verrons, reste limitée. Pour ce faire, nous avons mené des entretiens avec des responsables d'établissements accueillant des assurés sociaux étrangers.

### 2.2. Profil des institutions d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées

Comme exposé dans le deuxième chapitre de ce rapport, les institutions d'accueil et/ou d'hébergement pour personnes âgées de chaque versant sont agréées/autorisées pour un ou plusieurs types de prise en charge. Bien que les structures de chaque pays présentent leurs spécificités, le tableau ci-dessous tente de comparer l'offre de services dans la zone LLS. Pour ce faire, nous avons répertorié les institutions ayant répondu à l'enquête<sup>338</sup> en considérant les équivalences suivantes :

- **Accueil de jour<sup>339</sup>** : Centres d'Accueil de Jour (B) = Centres Psycho-Gériatriques (L) ;
- **Accueil et hébergement des personnes valides et peu dépendantes** : Maisons de repos (B) = Centres Intégrés pour Personnes Âgées (L) = Maisons de Retraite non médicalisées (F) ;
- **Accueil et hébergement des personnes dépendantes** : Maisons de Repos et de Soins (B) = Maisons de Soins<sup>340</sup> (L) = Maisons de retraite médicalisées<sup>341</sup> (F) = Etablissements

<sup>335</sup> OFBS, 4 – Méthodologie, in Dossier de presse du 16/06/05.

<sup>336</sup> Pour plus de détails, cf. Annexe 11.

<sup>337</sup> Résultat par arrondissement : Arlon : 2/6 ; Bastogne : 5/8 ; Marche : 7/10 ; Neufchâteau : 13/17 et Virton : 10/11.

<sup>338</sup> Rappelons que les données ci-dessous concernent plus de 75 % des établissements interrogés.

<sup>339</sup> En France, les structures d'accueil de jour n'existent pas en tant que tel.

<sup>340</sup> C'est-à-dire accueillant des personnes nécessitant des soins (sans présence médicale permanente).

d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (F) = Unités de Soins de Longue Durée (F) ;

- **Hébergement autonome** : Résidences-Services (B) = Logements-Encadrés (L) = Foyers-Logements (F) = Unités de Vie (F).

Selon les données de l'enquête, 70 % des agréments français sont consacrés à la prise en charge des personnes âgées plus dépendantes (MR médicalisées + EHPAD + USLD) alors qu'il n'y a que 33 % de MRS en province de Luxembourg et 22 % de MS au Luxembourg<sup>342</sup>.

En terme de lits, les proportions de lits MR et CIPA sont proches dans les deux Luxembourg (≈ 65 %). Au Grand-Duché, la part de lits MS y est toutefois plus faible (25 %).

Etant donné que le nombre de lits en MR médicalisées et celui en MR non médicalisées n'a pas fait l'objet d'une distinction dans le questionnaire d'enquête, il n'est pas aisé de comparer ces indicateurs avec la France. Toutefois, compte tenu du faible nombre d'agréments « MR non médicalisées », on peut affirmer que la proportion de lits destinés aux personnes plus dépendantes est sensiblement supérieure dans ce versant Interreg.

C'est au Luxembourg que l'accueil de jour est le plus développé. En effet, 6 % des places sont réservés à ce type de prise en charge (CPG) alors que la proportion de places en CAJ n'est que 1,5 % en province de Luxembourg. En France, il existe des places d'accueil de jour mais pas de structures pratiquant exclusivement l'accueil de jour.

Conformément aux données administratives, l'enquête montre que l'hébergement autonome est quant à lui plus développé dans la zone frontalière lorraine (20,5 %) qu'au Luxembourg et en Belgique.

**Tableau : Nombre de lits / type d'institution**

Catégories			ZIB		ZIL		ZIF*	
ZIB	ZIL	ZIF	N	%	N	%	N	%**
CAJ	CPG	-- // --	30	1,5	309	6	-- // --	-- // --
MR	CIPA	MR	1385*	67	3399	65,5	1296*	26,5
MRS	MS	MR médic.	622	30	1299	25	2098	42,5
		EHPAD					524	10,5
		USLD					952	19
RS	LE	FL	27	1,5	178	3,5	66	1,5
		UV						
<b>Total</b>			<b>2064</b>	100	<b>5185</b>	100	<b>5075</b> <sup>⊗</sup>	100

ZIB : \* MR + Courts séjours

ZIF : \* Estimation (908 lits non précisés) ; ceux-ci ont été répartis proportionnellement à la taille des services concernés ; \* lits non distingués dans l'enquête ; \*\* calculé sur les 4936 lits (dont on connaît le type) ; <sup>⊗</sup> inclus 139 lits non précisés (2 établissements)

La taille des institutions est en moyenne plus importante au Luxembourg (81 places / institution) qu'en Belgique (56) et en Lorraine (58).

Le taux d'occupation des établissements belges et français avoisine les 95 %. Selon les données administratives luxembourgeoises, la proportion de lits occupés est de 92,5 %<sup>343</sup> au Grand-Duché.

<sup>341</sup> C'est-à-dire accueillant des personnes nécessitant des soins (avec présence infirmière permanente).

<sup>342</sup> Cf. Annexe 12.

<sup>343</sup> Selon les données de l'enquête, le taux d'occupation des établissements luxembourgeois est de 86 %. Cf. Annexe 13.

- En hébergement complet, les taux d'occupation sont de 98 % dans les trois versants.
- En hébergement temporaire, les taux d'occupation sont de 97 % en ZIB, de 65% en ZIF et de 70 % en ZIL.

### 2.2.1. Types de prise en charge

Les places d'hébergement complet constituent la quasi-totalité de l'offre en Lorraine (99%) et en province de Luxembourg (97,5 %). Au Grand-Duché de Luxembourg, 6 % des places sont réservés à l'accueil de jour qui, rappelons-le, fait partie du maintien à domicile et est développé prioritairement, conformément à la loi AD.

**Tableau : Nombre de lits / type de prise en charge<sup>344</sup>**

Catégories	ZIB		ZIL		ZIF	
	N	%	N	%	N	%
<b>Hébergement complet</b>	<b>2012</b>	<b>96,5</b>	<b>4784</b>	<b>92,5</b>	<b>5018</b>	<b>99</b>
Hébergement temporaire	22	1	61	1	40	0.5
Accueil de jour	30	1.5	<b>309</b>	<b>6</b>	18	0.5
Accueil de nuit	0	0	6	0,1	1	0
Total	2064	100	5160	100	5077	100

Par ailleurs, l'enquête permet de dégager quelques informations concernant les places réservées aux personnes démentes<sup>345</sup>.

Selon l'enquête, les zones belge et française bénéficient respectivement de 232 (16 %) et 199 places (6,5 %) accueillant des personnes souffrant de démence. En Belgique, la majorité (56 %) de ces places relève de l'hébergement temporaire alors qu'en Lorraine, ce sont exclusivement des places d'hébergement complet.

Selon le questionnaire et au moment de l'enquête, plus de ¾ des établissements luxembourgeois disent accueillir des personnes souffrant de démence. Les quelque 1023 places (23 %) ne sont pas réservées aux personnes démentes mais sont occupées par celles-ci.

Les foyers de jour (CPG) accueillent une majorité de personnes démentes. Notons que 6 des 21 foyers sont régis par l'Association Luxembourg Alzheimer.

Des places de nuit ont également été créées à l'intention de ce public au Luxembourg, mais leur nombre reste limité. Ce type de prise en charge n'est pas développé sur les deux autres versants.

### 2.2.2. Tarifs d'hébergement

Les tarifs en vigueur dans les établissements sont difficilement comparables dans la mesure où, à l'intérieur même d'un pays, ceux-ci couvrent des réalités différentes.

Toutefois, nous constatons que c'est au Luxembourg que les prix d'hébergement sont les plus élevés et ce, même s'ils n'incluent pas les frais relatifs aux prestations d'aides et de soins (HT et HC : entre 56,7 € et 61,27 € soit entre 1729,35 et 1868,73 €/ mois). En CIPA, le prix de pension journalier est en moyenne de 56,70 € en MS de 61,27 € et en LE, de 41 € (avec potentiellement de nombreux suppléments en LE). Le prix de journée en CPG est au minimum de €119,96/jour (aides et soins compris).

Le prix de journée à charge des usagers est moins élevé en Belgique (HC : 29 € soit 884,5 €/ mois). Ces prix sont relativement plus homogènes en Belgique que sur les deux autres versants<sup>346</sup>. Néanmoins, l'utilisateur peut être amené à supporter divers suppléments, variant d'un établissement à l'autre.

- En accueil de jour / nuit, les taux d'occupation sont de 62 % en ZIB, de 33 % en ZIF et de 81 % en ZIL.

<sup>344</sup> Pour les données des départements lorrains, cf. Annexe 14.

<sup>345</sup> Cf. tableaux, Annexe 15.

<sup>346</sup> Ecart-types : L : 8.5 (HT) à 10 (HC) ; F : 9 ; B : 2.7 (MRS), 4.4 (MR) et 10 (HT).

Les tarifs d'hébergement complet en vigueur dans la zone frontalière lorraine sont en moyenne de 37,5 €/ jour (1143,75 €/ mois) . Ceux-ci sont semblables à ceux du niveau lorrain<sup>347</sup>.

**Tableau : Tarifs d'hébergement (2004-2005)**

Types d'hébergement	Tarifs B	Tarifs L	Tarifs F
Hébergement complet	29 €	Entre 56,7 et € 61,2	37,5 €
Hébergement temporaire	27,5 €*	Entre 56,7 et € 61,2	39,5 €
Accueil de jour	19 €	21 €	25.5 €
Accueil de nuit	n.d.	36,5 €	n.d.

\* Non significatif

Les tarifs dépendance appliqués par les établissements frontaliers lorrains sont en moyenne de 4 €/ jour pour les GIR 5 et 6 (soit 122 €/ mois) et de 14 € pour les GIR 1 à 2 (soit 427 €/ mois). Bien qu'ils oscillent considérablement d'un établissement à l'autre<sup>348</sup>, ces moyennes sont proches de celles des données administratives<sup>349</sup>.

Les données relatives aux tarifs soins collectées par l'enquête ne sont statistiquement pas significatives. Selon des données administratives, ceux-ci s'élèvent en moyenne à 10,94 € pour les GIR 5 et 6 (soit 333,67 €/ mois) et à 22,84 € pour les GIR 1 et 2 (soit 696,62 €/ mois).

Selon les données administratives luxembourgeoises, les dépenses d'aide et de soins en CIPA et MS sont au minimum de 18,90 €/ jour ( soit min. 567 €/ mois) et au maximum de 221,11 €/ jour (soit max. 6633,39 €/ mois). En CPG, ces dépenses s'élèvent au minimum à 99,96 €/ jour (soit min. 3048,78 €/mois) et en LE au maximum de 85,21 €/ jour (soit max. 2598,96 €/ mois) Rappelons que ces coûts sont à charge de l'assurance dépendance et / ou de l'utilisateur qui soit peut bénéficier de la tarification sociale, soit doit entièrement supporter les frais.

## **2.2. Flux transfrontaliers et profil des résidents**

D'après les résultats de l'enquête, la province de Luxembourg est le versant le plus attractif de la zone LLS : 8,5 % de ses résidents ne sont pas des assurés belges. Les flux transfrontaliers concernent 8 établissements frontaliers (arrondissements d'Arlon et de Virton) et proviennent essentiellement de la France<sup>350</sup> (125 personnes) et dans une moindre mesure du Luxembourg (30 personnes)<sup>351</sup>.

Les institutions concernées disent avoir hébergé 55 nouveaux assurés sociaux français et 2 nouveaux assurés luxembourgeois en 2003<sup>352</sup>.

La plupart de ces assurés étrangers ont été orientés vers la Belgique par un proche ou par un hôpital.

La principale raison avancée par les gestionnaires d'établissements<sup>353</sup> pour expliquer ces flux est le manque de places de l'autre côté de la frontière. Certains invoquent également la qualité de la prise en charge (unités plus petites, normes de personnel plus élevées qu'en France ...) et les coûts moindres en Belgique (le prix 'hébergement' est le plus faible des trois régions). Même si

<sup>347</sup> Données administratives CRAM (autre zone lorraine) : 37.92 €

<sup>348</sup> De 1 à 4

<sup>349</sup> Données administratives CRAM (autre zone lorraine) : GIR 1-2 : 14.48 €; GIR 3-4 : 9.16 €; GIR 5-6 : 3.83 €

<sup>350</sup> dont 18 de Champagne-Ardenne et 28 de Lorraine.

<sup>351</sup> Cf. Graphique, Annexe 16.

<sup>352</sup> Cf. Annexe 17.

<sup>353</sup> Entretiens et résultats des travaux menés dans le cadre de l'OFBS.



les résultats de l'enquête confirment certains éléments, le bien fondé de ces motifs mériterait d'être étoffé mais cet exercice dépasse le champ actuel de notre enquête dans la mesure où comparée à d'autres régions belges, cette attractivité est relativement limitée. En effet, sur l'ensemble de la frontière franco-belge, « 106 établissements (24% des répondants) déclarent un nombre total de 1575 assurés sociaux français (...) »<sup>354</sup>.

Il convient cependant de préciser que l'introduction du nouveau mode de financement des établissements belges (2004) pourrait avoir un impact sur le comportement des gestionnaires à l'égard de l'accueil des assurés étrangers présentant un certain niveau de dépendance, avec pour corollaire, une forme de sélection des assurés belges peu dépendants.

Parmi les 55 non assurés UCM<sup>355</sup> hébergés au Luxembourg recensés par l'enquête, les ¾ sont des anciens travailleurs d'organismes internationaux, voire assurés privés venant d'un autre Etat membre de l'UE. Les flux transfrontaliers proprement dits ne concernent que 6 personnes âgées. Toutefois, d'après les entretiens avec les gestionnaires d'établissements luxembourgeois, ces chiffres semblent largement sous-estimés. Qui plus est, une demande existe de la part d'actifs adultes de faire venir leurs ascendants dépendants. Vu la part importante d'étrangers en âge d'activité professionnelle, cette demande devrait continuer à augmenter. Or, les conditions de ressources exigées constitue un frein important à cette mobilité (cf. cadre légal). Il s'agit d'un objet d'étude que nous n'abordons pas dans le cadre de ce rapport.

Parmi les 15 assurés étrangers hébergés dans les institutions lorraines, 6 sont des assurés allemands.

Au total, sur base de notre enquête<sup>356</sup>, les flux transfrontaliers de personnes âgées dans la zone LLS ne représenteraient que 2 % des usagers. Notons que notre enquête n'a pas relevé l'éventuelle mobilité de travailleurs frontaliers retraités qui séjournent dans des établissements implantés dans le pays où ils ont exercé leur activité professionnelle.

**Tableau : Assurés sociaux étrangers**

	Allemands	Belges	Français	Luxemb.	Non définis	<i>Total frontal.</i>	Org. intern	Autres	<b>Total étr.</b>	<b>Total</b>
ZIB	-	1654	125	30	0	<b>155</b>	-	-	<b>155</b>	<b>1809</b>
ZIF	6	2	4052	2	2	<b>12</b>	0	3	<b>15</b>	<b>4067</b>
ZIL**	1	1	2	5269	1	<b>6*</b>	41	8	<b>55</b>	<b>5324</b>
						<b>Total</b>			<b>225</b>	<b>11200</b>

\* dont 1 non défini

Etant donné que chaque pays dispose de son propre système d'évaluation de la dépendance, il est difficile de comparer les données des trois versants. Mais globalement, nous constatons que le degré de dépendance des personnes résidant dans les institutions lorraines (GIR 1-4) est plus élevé (74,9 %) qu'en Belgique (61,5 %) et au Luxembourg (58,8 %). Nous émettons l'hypothèse que cette situation est due au fait que l'offre de structures d'hébergement est moins importante en Lorraine que dans les autres versants Interreg (cf. 2.4. Synthèse).

<sup>354</sup> OFBS, 2 - 1575 Français et 12 Belges, in Dossier de presse du 16/06/2005.

<sup>355</sup> Union des Caisses de Maladie (L)

<sup>356</sup> Taux de réponse : 75 % des établissements interrogés.

**Tableau : Dépendance des résidents<sup>357</sup>**

	Valides et peu dépendants		Dépendants	
	N	%	N	%
ZIB <sup>358</sup>	696	38,4	1113	61,5
ZIF <sup>359</sup>	1021	25,1	3046	74,9
ZIL <sup>360</sup>	2193	41,2	3126	58,8
Total	4654	35,9	6541	64,1

Notons que le degré de dépendance des assurés sociaux étrangers hébergés en Belgique est plus élevé que la moyenne. Ceci est particulièrement vrai pour les assurés luxembourgeois (90 % de dépendants dont 23 % 'déments'). La proportion de dépendants français est de 70 %, dont 22 % sont classés Cd.

Les moyennes d'âge des résidents sont relativement comparables sur les trois versants ( $\approx 82$  ans).

---

<sup>357</sup> Pour les données détaillées par pays, cf. Annexe 18.

<sup>358</sup> Valides et peu dépendants : O et A ; Dépendants : B, C et Cd.

<sup>359</sup> Valides et peu dépendants : GIR 5 et 6 ; Dépendants : GIR 1-4.

<sup>360</sup> Valides et peu dépendants : non AD + demande AD ; Dépendants : AD (< 12 h / semaine  $\rightarrow$  > 24,5 h / semaine).

## Conclusions

La critique généralement formulée à l'égard des systèmes de sécurité sociale porte sur l'absence d'anticipation des grandes transformations sociétales à venir. L'un des plus grands défis qu'ils ont et auront à affronter, dans nos sociétés postindustrielles, est la gestion de l'émergence du vieillissement démographique<sup>361</sup>. L'effet combiné de la baisse de la natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie à des âges avancés, a pour conséquence d'allonger la période de la retraite et d'accroître le volume d'une main d'œuvre vieillissante. Par ailleurs, les générations du futur papy-boom, dont l'impact est annoncé à l'horizon 2010-2030, ont une consommation médicale et des exigences en terme de qualité de prise en charge, beaucoup plus importantes que les générations précédentes. Ces phénomènes vont incontestablement peser sur le budget des pensions et des soins de santé. Pour relever ces défis de manière constructive, d'aucuns<sup>362</sup> plaident pour nouer de nouveaux liens entre les nations.

Analyser la mobilité des personnes âgées dans l'espace transfrontalier Luxlorsan s'inscrit dans cette approche. Les trois versants frontaliers partagent une longue tradition de mobilité de leur main d'œuvre<sup>363</sup>, notamment dans le secteur des soins de santé. Cet aspect doit être mis en exergue, car les soins dispensés aux personnes âgées, quel que soit le type de prise en charge, du domicile à la structure d'hébergement, nécessitent le recours à un volume croissant de professionnels de santé pour répondre aux besoins liés au vieillissement démographique et particulièrement à la prise en charge de la dépendance.

Ce rapport tente de montrer quelles peuvent être les convergences des systèmes de prise en charge des personnes âgées, et ouvre sur la question des perspectives envisageables dans un avenir considérablement modifié par le défi majeur auquel nos sociétés sont confrontées : le vieillissement démographique.

Après un volumineux rapport déposé en septembre 2004, sur l'offre de soins et l'évaluation de la mobilité des professionnels de santé et des patients dans l'espace transfrontalier du programme Interreg III Wallonie-Lorraine-Luxembourg<sup>3</sup>, nous traitons dans cette étude détaillée des aspects démographiques, de la prise en charge et de la mobilité des personnes âgées dans cette même zone géographique.

L'enquête réalisée sur la mobilité des personnes âgées dans l'espace WLL auprès des institutions d'hébergement agréées sur chaque versant ne fait guère apparaître de flux importants. Au contraire, les résultats sont proportionnellement nettement inférieurs à ceux enregistrés dans le cadre de l'enquête réalisée en 2004-2005 par l'Observatoire Franco Belge de la Santé (OFBS) le long de la frontière franco-belge. Le flux considérable de personnes âgées françaises<sup>364</sup> en direction de MR et MRS implantées dans le Hainaut belge ne se vérifie pas pour la population lorraine. Sans doute, celle-ci dispose-t-elle d'un accueil suffisant dans la région frontalière. Quant au flux de personnes luxembourgeoises, il est marginal et ne permet pas de formuler des hypothèses sur le coût de la prise en charge, la qualité des soins, etc., comme hypothèse explicative de cette mobilité. Mais, il est hautement probable que l'usage de la langue française pour les personnes âgées luxembourgeoises constitue une barrière qu'elles ne rencontrent pas lorsqu'elles se tournent vers l'offre de soins allemande.

<sup>361</sup> SIGG Roland, La sécurité sociale face à son avenir : un plaidoyer pour la confiance, in AISS Sécurité sociale : pour une confiance retrouvée, Genève 2005, p153.

<sup>362</sup> BARNHART Jo Anne, Le défi du vieillissement démographique universel, in AISS Sécurité sociale : pour une confiance retrouvée, Genève 2005, p187.

<sup>363</sup> GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, 314 p.

<sup>364</sup> Plus de 1300 personnes âgées françaises séjournent dans des MR et MRS localisées dans la province du Hainaut belge.

La lecture de la présentation minutieuse des modes de garantie de revenus, de protection et de soins dispensés spécifiquement à la personne âgée sur les trois versants permet d'appréhender l'étendue de la palette des formes variées d'intervention collective. Selon la compétence restant dévolue à chaque Etat membre d'organiser et de gérer son système de protection sociale, chaque pays a construit ses propres instruments. Ceux-ci s'appliquent spécifiquement à chaque versant frontalier pour répondre aux besoins des populations pour lesquelles ils ont été conçus. Ils ne s'articulent pas, sauf lorsqu'ils entrent dans le champ d'application des dispositions des règlements européens 1408/71 et 547/72 qui régulent la coordination des systèmes de sécurité sociale ou lorsque la jurisprudence européenne a tranché dans ce sens. Celle-ci est néanmoins soumise à interprétation des Etats membres lorsqu'une telle latitude leur est laissée par la Commission.

Dans ce cadre, l'examen de l'exportabilité des prestations est central. Dans quelle mesure, les Etats ont-ils encore la possibilité, dans un cadre européen en devenir d'intégration renforcée, de ne pas autoriser l'exportation de toutes les prestations dévolues à la personne âgée ?

Il va sans dire qu'une attitude réticente des Etats freine la mobilité des personnes âgées. Ceci est d'autant plus manifeste que certains Etats membres incitent, à l'inverse, leurs retraités à se rendre à l'étranger (Pays-Bas notamment) et dans ce cas, exportent évidemment les prestations auxquelles ils ont droit.

Evidemment, l'argument du comportement frileux des personnes âgées à l'égard de toute forme de mobilité doit être retenu, surtout si l'entrée en institution de soins s'effectue à un âge très avancé. Néanmoins, le rôle des règles nationales sur le droit de séjour, les allocations diverses de revenus et de sécurité sociale pèsent lourdement sur le processus de décision de la personne âgée et de son entourage lorsqu'il s'agit de choisir un établissement adapté, d'autant plus, lorsqu'il est situé sur un autre territoire.

Pour les assurés sociaux français et belges qui souhaitent être accueillis dans un établissement luxembourgeois, leur niveau de revenus à l'âge de la retraite constitue un frein important.

Par ailleurs, il convient de souligner que cette étude met en lumière ce que différents travaux et colloques ont souligné au cours des dernières années, à savoir : la générosité de l'assurance dépendance luxembourgeoise par rapport à la prédominance d'une logique d'aide sociale en France et en Belgique. Cette prestation dépendance permet à la personne luxembourgeoise de recevoir les soins dont elle a besoin.

La finalité de la démarche que nous entamons avec ce rapport, consiste d'une part, à encourager la garantie, au sein de chaque système, d'un haut niveau de prise en charge permettant d'assurer à tous les citoyens des soins de proximité de qualité, dispensés dans un délai aussi court que possible, en rapport avec son état de santé et, d'autre part, maintenir et améliorer les modes de régulation mis en œuvre pour atteindre un haut niveau de santé publique et de financement collectif des soins.

Aujourd'hui, la mobilité s'entend avant tout comme une réponse aux carences des dispositifs sanitaires régionaux, principalement au niveau de la prise en charge des personnes les plus dépendantes, car la mobilité des personnes âgées reste extrêmement contrôlée. Il n'y a rien à craindre des effets économiques d'une telle mobilité. Ceux qui l'évoquent s'en servent pour renforcer leur argumentation protectionniste et le maintien d'un quasi statu quo.

La perspective de coopération dans le domaine des personnes âgées peut apporter des réponses structurées, adaptées et durables aux enjeux de demain et aux problèmes actuels en réalisant une meilleure accessibilité aux soins, en optimisant l'utilisation des infrastructures, en rassurant les professionnels de santé et en réalisant globalement des économies d'échelle.

## Glossaire

### Sigles utilisés en Belgique

AMI	Assurance Maladie Invalidité
ANMC	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
APA	Allocation pour Personnes Agées
AR	Arrêté Royal
ASD	Aides et Soins à Domicile
CAJ	Centre d'Accueil de Jour
CCSSD	Centre de Coordination de Soins et de Services à Domicile
CPAS	Centre Public d'Aide Sociale
CSD	Centrale de Services à Domicile
CSJ	Centre de Soins de Jour
DGASS	Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé
GRAPA	Garantie de Revenu aux Personnes Agées
HG	Hôpital Général
HP	Hôpital Psychiatrique
(I)HP	(Initiative d')Habitations Protégées
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
INS	Institut National de Statistiques
MB	Moniteur Belge
MCPL	Mutualité Chrétienne de la Province de Luxembourg
MR(PA)	Maison de Repos (pour Personnes Agées)
MRS	Maison de Repos et de Soins
MSP	Maison de Soins Psychiatriques
ONP	Office National des Pensions
PAI	Praticien de l'Art Infirmier
PME	Petites et Moyennes Entreprises
RGPA	Revenu Garanti aux Personnes Agées
RS	Résidence-Service
RW	Région Wallonne
SAFPA	Service d'Aides aux Familles et aux Personnes Agées
SISD	Service Intégré de Soins à Domicile
SPF	Service Public Fédéral
ZIB	Zone Interreg Belge

### Sigles utilisés en France

ADAPA	Association d'Aide aux Personnes Agées
ADMR	Association Départementale d'aide en Milieu Rural
AGGIR (grille)	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
AIS	Acte Infirmier de Soins
ALS	Allocation Logement à caractère Social
AMF	Allocation aux Mères de Famille
AMI	Acte Médico-Infirmier
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARTT	Accord sur la Réduction du Temps de Travail
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
AVTNS	Allocation aux Vieux Travailleurs Non Salariés
AVTS	Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLEISS	Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GARDE	Garde Aide et Réconfort à Domicile
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HLM	Habitation à Loyer Modéré
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
JO	Journal Officiel
LF	Logement-Foyer
MAPAD	Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MR	Maison de Retraite
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAE	Statistiques Annuelles des Etablissements de santé
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UV	Unité de Vie
ZIF	Zone Interreg Française

### **Sigles utilisés au Luxembourg**

AD	Assurance Dépendance
ALA	Association Luxembourg Alzheimer
ASF	Aide Socio-Familiale
ASFT (loi)	loi Action Socio-Familiale et Thérapeutique
CAG	Complément Accueil Gérontologique
CAS	Code des Assurances Sociales
CATP	Certificat d'Aptitude Technique Professionnelle
CEAM	Carte Européenne d'Assurance Maladie
CEO	Cellule d'Orientation et d'Evaluation de l'assurance dépendance
CEPS	Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-
Economiques	
CHL	Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CIPA	Centre Intégré pour Personnes Agées
CNRF	Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de réinsertion
COPAS	Confédération Luxembourgeoise des Prestataires et Ententes dans les domaines de la prévention, d'aide et de soins aux personnes dépendantes
CPG	Centre Psycho-Gériatrique : foyer de jour
FNS	Fonds National de Solidarité : organisme gestionnaire et payeur pour l'assistance sociale et pour les aides sociales
HIS	Hôpital Intercommunal de Steinfort
IGSS	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
LE	Logement-Encadré
MS	Maison de Soins
PSELL/EU-SILC	Panel socio-économique 'Liewen zu Lëtzebuerg' EU- Statistics on income and living conditions
RMG	Revenu Minimum Garanti : assistance sociale de droit
SAS (convention)	Convention de travail du secteur d'aide et de soins et du secteur social : convention collective de travail
STATEC	Service Central de la Statistique et des Etudes Economiques
UCM	Union des Caisses de Maladie

ZIL Zone Interreg Luxembourgeoise

**Autres sigles**

AELE	Association Européenne de Libre Echange
ASBL	Association Sans But Lucratif
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
EEE	Espace Economique Européen
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDER	Fonds Européen de Développement Régional
GEIE	Groupement Européen d'Intérêt Economique
HC	Hébergement Complet
HT	Hébergement Temporaire
LLS	Luxlorsan
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OFBS	Observatoire Franco-Belge de la Santé
PA	Personne Agée
PIB	Produit Intérieur Brut
SA	Société Anonyme
UE	Union Européenne
ZI	Zone Interreg (LLS)

## Bibliographie

### Introduction

- Communication de la Commission des Communautés Européennes 347 (final) 1999.
- AIM, Flash Extra, *Bulletin de l'AIM - Edition spéciale*, s.l., Octobre 2004.

### Aspects démographiques (Chapitre 1)

#### Monographie

- GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, 314 p.

#### Revues

- H. AVALOSSE, Vieillesse, soins de santé et mortalité, in *MC-Information*, n°213, Bruxelles, Juin 2004, pp.21-33.
- S. COUNOT, La Meuse : vieillissement confirmé, in *Economie Lorraine*, n°201, Octobre 2000, pp.4-7.

#### Autres sources

- INS (B)
- INSEE (F)
- Ecodata, SPF Economie, PME, Classe moyenne et énergie (B)
- Statec (L)

### Système de prise en charge des personnes âgées en Belgique (Chapitre 2, Section 1)

#### Monographies

- GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine - Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2002, 314 p.
- LE COMITE DE LA PROTECTION SOCIALE, *Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées*, s.l., Juillet 2002.
- INAMI, *Maison de repos pour personnes âgées - Maisons de repos et de soins - Nouveau mode de financement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004*, s.l., Journées d'études 23-24 juin 2003.
- J. PACOLET, H. LANOYE, R. BOUTEN, « *La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Belgique : vers une assurance dépendance* », Hoger Instituut voor de arbeid – K.U.L., 1998.
- J.M. ROMBEAUX, *Clés pour la gestion d'une maison de repos*, Tome II, s.l., 2001, p.10.
- B. SCHOENMAKERS, M. YLIEFF, *Les effets de l'accueil temporaire (services de répit) chez les personnes âgées souffrant de démence et son aidant familial*, in Qualidem, s.l., s.d., 8 p.
- s.a., *Manuel de gestion et de législation*, s.l., 1991, Vol. 1. 1.1/11.
- SESA, Manpower Planning - Offre et demande de travail dans le secteur des soins et du bien-être et dans le secteur de l'action sociale, 2000-2010-2020, s.l., s.d., pp.47-67.

#### Revues

- R. VERNIEST, MRS et MR de A jusque Z 1, Fiche-info, in *MC-Information*, n°188, Bruxelles, Juin-Juillet 1999, pp1-8.
- R. VERNIEST, Le financement des MRPA-MRS, Fiche-info, in *MC-Information*, n°211, Bruxelles, Février 2004, pp.1-8.

#### Références législatives

- Loi du 1<sup>er</sup> avril 1969 instituant un revenu garanti aux personnes âgées (MB : 29/04/1969).
- Arrêté royal du 29 avril 1969 portant règlement général en matière de revenu garanti aux personnes âgées (MB : 01/05/1969).
- Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins (MB : 12/07/1978).
- Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987).
- Arrêté de l'Exécutif de la Communauté Française du 16 décembre 1988 réglant l'agrément des services d'aide aux familles et aux personnes âgées et l'octroi de subvention à ces services (MB : 28/12/1988).



- Décret du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile (MB 04/08/89).
- Arrêté de l'Exécutif de la Communauté Française du 26 juin 1989 portant exécution du décret du 19 juin 1989 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile (MB : 09/09/1989).
- Arrêté Royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (MB : 05/04/1990).
- Décret II du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française (MB : 10/09/1993).
- Arrêté royal du 21 décembre 1994 portant des dispositions sociales diverses (MB : 23/12/1994).
- Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 31/07/1996).
- Décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 26/06/1997).
- Arrêté royal du 19 juin 1997 fixant les normes auxquelles une association en matière de soins palliatifs doit répondre pour être agréée (MB : 28/06/1997).
- Arrêté royal du 19 décembre 1997 fixant les conditions auxquelles doivent répondre les institutions, qui sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, au sens de l'article 34, 12° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 20/12/1997).
- Arrêté du Gouvernement wallon du 16 juillet 1998 portant approbation du statut de l'aide familiale (MB : 08/09/1998).
- Arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 27/01/1999).
- Arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers (MB : 29/09/1999).
- Arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 30/12/1999).
- Arrêté royal du 20 décembre 1999 modifiant l'arrêté royal du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers (MB : 03/03/2000).
- Arrêté royal du 25 janvier 2001 modifiant l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (MB : 06/03/2001).
- Loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (MB : 29/03/2001).
- Arrêté ministériel du 28 mai 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 22 juin 2000 fixant l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 30/12/1999).
- Arrêté ministériel du 12 juillet 2001 modifiant l'arrêté ministériel du 2 décembre 1982 fixant les critères de programmation pour les maisons de repos et de soins et les centres de soins de jour (MB : 17/08/01).
- Loi du 20 juillet 2001 visant à favoriser le développement de services et d'emplois de proximité (MB : 11/08/2001).
- Protocole entre le Gouvernement fédéral et les autorités visé aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution portant sur les soins de santé de première ligne (MB : 25/09/2001).
- Arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins (MB : 20/03/2002).
- Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l'intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d'octroi de cette intervention (MB : 09/05/2002).
- Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés à domicile (MB : 05/10/2002).
- Arrêté ministériel du 17 juillet 2002 fixant les critères de programmation des services intégrés de soins à domicile (MB : 18/09/2002).
- Décret du 6 février 2003 modifiant le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 26/06/1997).

- Arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées (MB : 26/11/2003).
- Arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2003 relatif à l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des services intégrés de soins à domicile (MB : 11/03/2004).
- Décret du 18 décembre 2003 contenant le budget général des dépenses de la Région wallonne pour l'année budgétaire 2004 (MB : 22/04/2004).
- Arrêté ministériel du 6 avril 2004 portant fixation du subside alloué à certaines associations en matière de soins palliatifs pour l'année 2004 (MB : 28/05/2004).
- Circulaire de la Région wallonne du 22 avril 2004 (MB : 30/04/2004).
- Arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour (MB : 28/10/2004).

#### Sites Internet

- [www.onprvp.fgov.be](http://www.onprvp.fgov.be)
- <http://www.asblux.org/soinspalliatifs/adresses.html>
- <http://mrw.wallonie.be/sg/dsg/diis/act-rapp-inv%20m15%20serv%20aid%20famil.htm>
- [www.statbel.fgov.be](http://www.statbel.fgov.be)

#### Autres sources

- Entretien avec le Dr Marion de la plate-forme de soins palliatifs, Mars 2003
- SPF Affaires économiques, Rapport d'activité 2003.

## Système de prise en charge des personnes âgées en France (Chapitre 2, Section 2)

#### Monographies

- A. GRAND, H. BOCQUET, S. ANDRIEU : « *problèmes politiques et sociaux : vieillesse et dépendance* », août 2004, n°903, la Documentation Française.
- A. LARDEUX – Commission des Affaires Sociales du Sénat : « *Prise en charge des personnes âgées et allocation personnalisée d'autonomie* », 1996, rapport 186 ;
- F. TOURSIERE et L. BROUQUERE de la FNADEPA : « *La loi 2002-02 et ses décrets d'application : une analyse des textes pour le secteur des personnes âgées* », 2003.

#### Références législatives

- Code de l'Action Sociale et des familles.
- Code de la Sécurité Sociale
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, parue au JO du 1er juillet 1975.
- Décret n°81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.
- Décret 99-316 et 99-317 du 26 Avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes, paru au JO du 27 avril 1999.
- Loi du 10 juillet 2001 autorisant la ratification du Traité de Nice modifiant le Traité sur l'Union Européenne, parue au JO du 11 juillet 2001.
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, parue au JO du 21 juillet 2001.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, parue au JO du 5 mars 2002.
- Circulaire DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n°2003-20 du 13 janvier 2003.
- Décret n° 2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, paru au JO du 29 mars 2003.
- Loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité, parue au JO du 27 novembre 2003.
- Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, paru au JO du 27 juin 2004.

- Loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, parue au JO du 1er juillet 2004.
- Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.
- Circulaire 2005-113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire de l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.
- Circulaire 2005-113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire de l'année 2005 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.
- Circulaire n° DHOS -F2/DSS-1A/DGAS-2C/113 du 18 février 2005 relative à la campagne budgétaire dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

#### Revues

- A. RIEHM-COGNEE et F. KESSLER : « *Une nouvelle réforme pour rien de l'aide aux personnes âgées dépendantes – commentaires de la loi n°2003-289 du 31 mars 2003* », Revue de Droit sanitaire et social 39 (3), juil-sept 2003.
- R.KERJOSSE : « *L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2003* », Etudes et Résultats DRESS n°281, décembre 2003.

#### Sites Internet

- [www.abris-de-cœur.com](http://www.abris-de-cœur.com)
- [www.agevillage.com](http://www.agevillage.com)
- <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers>

#### Autres documents

- CRAM NORD EST, schéma directeur d'action sociale 2005-2008, mars 2005.
- Bulletin juridique de la Santé Publique – TISSOT – fév 2005.
- CNAMTS, *Guide sur l'accueil des personnes âgées dépendantes*, Novembre 2003.
- DGAS - sous direction des âges de la vie- bureau des personnes âgées.
- Documentation française service public : vos droits et démarches
- DREES, Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003 p°167 à p°192
- DREES, Etudes et résultats, Décembre 2003, Janvier 2005, Avril 2005.
- FINESS, 2004.
- Notices de la documentation française, 2004.
- Statiss Lorraine, 2004.
- Synthèse de l'enquête réalisée par l'observatoire de la santé pour le compte de la Fondation Méderic
- 

### Système de prise en charge des personnes âgées au Luxembourg (Chapitre 2, Section 3)

#### Revues

- G. ESPING-ANDERSEN, A new gender contract, in *Why we need a new Welfare State*, Oxford, University press, 2002.
- F. BERGER, L'impact du loyer fictif sur la distribution des revenus, in *Population & Emploi 2*, 2004.

#### Références législatives

- Loi concernant l'impôt sur le revenu, en vertu du Livre III du Code des assurances sociales.
- Loi du 13 juin 1975 sur l'allocation compensatoire de vie chère.
- Loi du 23 décembre 1978 concernant les cartes de priorité et d'invalidité.
- Loi du 26 juillet 1986 portant création du Revenu minimum Garanti
- Loi du 22 mai 1989 portant création de l'allocation de soins
- Loi du 19 juin 1998 portant création de l'assurance dépendance
- Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers
- Loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.

- Loi du 23 décembre 1998 portant création du complément accueil gérontologique.

#### **Autres sources**

- Etude SEMA (Planification et financement des hôpitaux, rapport final décembre 1990)
- PSELL 3/EU-SILC (2003)
- s.a., Questions sociales, 1999, vol 7.
- Ministère de la Famille, 2004, *Für Senioren, mit Senioren*, Luxembourg.
- KIEFFER, R., 2004, L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé, colloque *Les changements démographiques et leurs répercussions sur les différentes parties de la Grande Région*, Colloque transfrontalier, 21 et 22 octobre 2004.

### **Cadre légal (Chapitre 3, Section 1)**

#### **Monographie**

- DG de l'Emploi et des Affaires sociales de la CE, *Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie*, Bruxelles, Mai 2000, 31.p.

#### **Références législatives**

- Traité de Rome, Troisième partie – Titre III La libre circulation des personnes, des services et des capitaux - Chapitre 1
- Règlement 1612/68 du 15 octobre 1968, relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté
- Directives 64/221/CEE, 68/360/CEE, 72/360/CEE, 73/148/CEE, 75/34/CEE, 75/35/CEE, 90/364/CEE, 90/365/CEE, 93/96/CEE.
- CJCE, IKA C-326/00.
- CJCE, Van Der Duin et Van Wegberg C-156/01.
- Directive 2004/38/CE du Parlement et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de circuler et de séjourner librement dans toute l'Union Européenne.
- Loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (MB : 31/12/1980).
- Circulaire OA n°99/427 du 16 septembre 1999, point 3 "Particularités frontalières".
- Code de la Sécurité Sociale.
- Décret n°94-211 du 11 mars 1994 publié au Journal Officiel du 13 mars 1994.
- Décret n°95-474 du 27 avril 1995 publié au Journal Officiel du 29 avril 1995.
- Circulaire française en date du 16 juin 1999 (n°INTD9900143C).
- Décision du Conseil Constitutionnel en date du 18 juillet 2001 – décision n°2001-447 DC
- Réponse Ministérielle n°13000 JOAN Q n°28 du 14 juillet 2003.
- Loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003 relative au séjour des étrangers en France, publiée au JO du 27 novembre 2003.
- Circulaire CNAV 2004/53 du 01 octobre 2004
- Loi du 28 mars 1972, Mém. A – 24 du 13 avril 1972, p.818.
- Règlements grands-ducaux du 28 mars 1972, Mém. A – 24 du 13 avril 1972, p.823 et p. 826.
- Règlement relatif aux conditions d'entrée et de séjour de certaines catégories d'étrangers faisant l'objet de conventions internationales, 28 mars 1972.

#### **Site Internet**

- [www.enmarche.be](http://www.enmarche.be)

#### **Autres documents**

- ANMC, *Les conventions internationales*, s.l., Juin 2002, p.19.

### **Flux transfrontaliers (Chapitre 3, Section 2)**

- OFBS, Dossier de presse du 16 juin 2005.

## Conclusions

- J.A. BARNHART, Le défi du vieillissement démographique universel, in *AISS Sécurité sociale : pour une confiance retrouvée*, Genève 2005.
- GEIE Luxlorsan, *Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg*, s.l., Septembre 2004, 314 p.
- R. SIGG, La sécurité sociale face à son avenir : un plaidoyer pour la confiance, in *AISS Sécurité sociale : pour une confiance retrouvée*, Genève, 2005.

## Annexe

### Annexe 1

Les allocations pour personnes handicapées ont fait l'objet de plusieurs réglementations dont voici un bref aperçu:

- La première loi relative aux allocations pour personnes handicapées, entrée en vigueur en 1929, vise exclusivement les personnes de plus de 14 ans atteintes d'un handicap physique ou sensoriel.
- En 1950, l'allocation complémentaire destinée aux personnes handicapées âgées est introduite.
- En 1969, la réforme du régime étend le champ d'application à d'autres catégories de bénéficiaires (ex. : malades chroniques). Deux types d'allocations sont versés : l'allocation ordinaire (personnes handicapées physiques) et l'allocation spéciale (autres personnes handicapées).
- Diversification des allocations en 1973 (revenu garanti majoré et allocation pour l'aide d'une tierce personne)
- En 1974, la réglementation est modifiée afin de donner davantage la priorité aux plus démunis.
- Le régime des allocations aux personnes handicapées est entièrement revu par le **loi du 27 février 1987**. Celle-ci vise à simplifier, clarifier et rendre plus efficace le régime des allocations aux personnes handicapées. La réforme porte sur les aspects administratifs (conditions d'octroi, calcul des montants ...) et le volet médical (évaluation du handicap).
- En 1993, des dispositions sont prises afin de favoriser l'intégration des personnes handicapées.

Pour plus d'information, cf. MSP – Service « Handicapés », Rapport d'activités 2003, pp.20-22.

### Annexe 2

Tableau : Allocataires de 65 ans et plus

	01/1990	01/1995	01/2000	01/2001	01/2002	12/2003
ARR-AI <sup>365</sup>	2 432	16 014	20 184	20 867	21 871	24 343
APA	0	43 966	72 966	78 292	80 315	90 939
<b>Total</b>	<b>2 432</b>	<b>59 980</b>	<b>93 150</b>	<b>99 159</b>	<b>102 186</b>	<b>115 282</b>

Source : MSP, [http://socialsecurity.fgov.be/handicap/jaarverslagen/jaarverslag\\_2003/fr2003/4.pdf](http://socialsecurity.fgov.be/handicap/jaarverslagen/jaarverslag_2003/fr2003/4.pdf)

### Annexe 3

Tableau : Allocation ARR/AI et APA mensuelle moyenne (1994-2003)

Année	Allocation ARR/AI mensuelle moyenne (en €)		Allocation APA mensuelle moyenne (en €)	
	Prix courants	Prix constants 2003	Prix courants	Prix constants 2003
1994	467	545	165	193
1995	464	533	168	193
1996	463	521	170	192
1997	465	515	175	194
1998	468	513	183	200
1999	470	510	196	212
2000	476	504	207	219
2001	493	509	210	217
2002	516	524	213	216
2003	524	524	294	294

Source : MSP, [http://socialsecurity.fgov.be/handicap/jaarverslagen/jaarverslag\\_2003/fr2003/4.pdf](http://socialsecurity.fgov.be/handicap/jaarverslagen/jaarverslag_2003/fr2003/4.pdf)

<sup>365</sup> Allocation de Remplacement de Revenu (ARR) accordée à la personne qui, suite à son handicap, voit sa capacité de gain fortement réduite ; Allocation d'Intégration (AI) octroyée à la personne qui, en raison d'un manque d'autonomie, éprouve des difficultés à s'intégrer dans le vie sociale. Cf. Loi du 27/02/1987 relative aux allocations aux personnes handicapés (MB : 01/04/1987).

#### Annexe 4

Intervention de l'AMI pour les soins donnés par les praticiens de l'art infirmier, soigneuses et gardes-malades (à partir du 1.1.2003)

	Honoraires	Remboursements	
		AVEC régime préférentiel	SANS régime préférentiel
<b>Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire</b>			
<b>I. Séance de soins infirmiers :</b>			
<i>Prestation de base :</i>			
Première prestation de base de la journée de soins	3,20	3,00	2,41
<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers :</b>			
Soins d'hygiène (toilettes)	4,31	4,31	3,24
Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	1,76	1,76	1,32
- soins de plaie(s) - soins de stomie(s) (e.a. trachéo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- et urétérostomie)	5,31	5,31	3,99
<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>			
Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4)	14,13	13,93	10,61
Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) et - dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4)	26,84	26,64	20,14
Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et - dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	36,72	36,52	27,55
Plafond journalier pour des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire	14,13	13,93	10,61
<b>Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire</b>			
<b>I. Séance de soins infirmiers :</b>			
<i>A. Prestation de base :</i>			
Première prestation de base de la journée de soins	4,39	4,19	3,30
<b>B. Prestations techniques de soins infirmiers :</b>			
Soins d'hygiène (toilettes)	6,48	6,48	4,86
Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	2,66	2,66	2,00
- soins de plaie(s) - soins de stomie(s) (e.a. trachéo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- et urétérostomie)	7,97	7,97	5,98
<b>II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants</b>			

Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4)	20,79	20,59	15,60
Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) et - dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4)	39,85	39,65	29,90
Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et - dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et - dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	54,68	53,48	41,02

Source : INAMI

## Annexe 5

Tableau : Les institutions de soins à domicile en province de Luxembourg

Institutions	Localités
Aides et soins à domicile	Arlon
Croix jaune et blanche	Arlon Bertrix Etalle Hotton Houffalize Libramont-Chevigny Marche-en-Famenne
Service d'aide aux malades de la mutualité chrétienne d'Arlon	Arlon
Centrale de soins à domicile	Arlon
COSEDILUX - Centre de soins et services à domicile indépendants	Arlon
Centre indépendant d'aide sociale des mutualités libres	Arlon
La Clairefontaine	Bertrix
Le Lavoir	Aubange
Le Trusquin	Marche-en-Famenne
La Lavandière	Messancy
Net Service	Neufchâteau
Centrale de services à domicile	Saint-Hubert
Le Milservice	Virton
Aide familiale	Arlon
Service de télé garde-malades	Bertrix
Solidarité en marche	Marche-en-Famenne
Service d'aide aux familles luxembourgeoise	Nassogne
Chouette service	Saint-Hubert
Service de gardes-seniors	Vielsam
Aide à domicile en milieu rural	Bertrix
Service d'aides ménagères	Florenville
Services d'aides à domicile	Habay



L'âge d'or service centre Ardenne	Libramont
Les Lavandières du Bonalfa	Vielsam
Alternative-Lux	Virton

Source : Telesoc Luxembourg

A cette liste, il convient d'ajouter les services organisés par les Centres Publics d'Aide Sociale (C.P.A.S.).

## Annexe 6

Le prix de journée d'une MR doit inclure au minimum les éléments suivants :

- L'usage de la chambre;
- Le mobilier des chambres;
- L'usage et l'entretien des installations sanitaires, privatives ou collectives;
- L'usage des parties communes, ascenseurs compris, conformément au règlement d'ordre intérieur;
- Le gros entretien du patrimoine, l'entretien courant et le nettoyage des parties communes, en ce compris le matériel et les produits; les réparations des chambres et logements consécutives à un usage locatif normal;
- Le mobilier des parties communes;
- L'évacuation des déchets;
- Le chauffage des chambres et communs, l'entretien des installations et toute modification de l'appareillage de chauffage;
- L'eau courante, chaude et froide, et l'utilisation de tout équipement sanitaire;
- Les installations électriques, leur entretien et toute modification de celles-ci et la consommation électrique des communs;
- Les installations de surveillance, de protection-incendie et d'interphonie;
- Les frais d'installation, d'entretien et de redevance d'un téléphone public mis à la disposition des résidents dont ceux-ci ne supportent que le coût des communications personnelles, au prix coûtant;
- La mise à disposition dans les locaux communs de télévision, radio et autre matériel audiovisuel;
- Les frais administratifs de quelque nature qu'ils soient, liés à l'hébergement ou l'accueil du résident ou inhérent au fonctionnement de l'établissement;
- Les assurances en responsabilité civile, l'assurance incendie ainsi que toutes les assurances souscrites par le gestionnaire conformément à la législation, à l'exception de toute assurance personnelle souscrite par le résident;
- Les activités d'animation, de loisirs et d'activation thérapeutique lorsqu'elles sont organisées dans l'enceinte de l'établissement;
- Les installations de cuisine collective, leur entretien, leurs modifications liées à l'évolution de la législation et l'acheminement des matières et leur stockage;
- La confection et la distribution des repas, le respect des régimes, les collations et boissons dont la distribution est systématique en-dehors des repas; aucun supplément ne peut être porté en compte pour le service en chambre si ce service est justifié pour raisons médicales. Les substituts de repas ne sont pris en compte qu'à concurrence du coût d'un repas normal;
- La mise à la disposition, l'entretien et le renouvellement de la literie: matelas, couvertures, couvre-lits, draps, taies, alèses, ainsi que des rideaux, tentures et textiles d'ameublement;
- La protection de la literie en cas d'incontinence;
- La consommation électrique, les appareils d'éclairage et de chauffage liés à l'usage individuel des résidents; à noter que la consommation électrique liée à l'usage d'appareils privés des résidents et non obligatoires pour le respect des normes peut faire l'objet de suppléments;
- Le nettoyage des chambres individuelles et du mobilier et matériel qui s'y trouvent;
- Les prestations du personnel infirmier et soignant;
- Les prestations du personnel paramédical et de kinésithérapie couvertes par les organismes assureurs;
- l'approvisionnement, la gestion, le stockage et la distribution des médicaments, sans préjudice du libre choix du pharmacien par le résident;
- La mise à disposition d'une chaise percée quand l'état du résident le requiert;
- Le mobilier tel que décrit au point 14 de l'annexe II, la mise à disposition éventuelle, d'un lit médicalisé, du matériel visant à adapter le mobilier à l'état de santé du résident, (perroquet, barres de lit, matelas...) et du matériel de contention;
- Les taxes et impôts relatifs à l'établissement;
- Les frais d'entretien, de nettoyage et de réparation occasionnés par l'usure normale, consécutifs au départ du résident;
- Le lavage et le pressing du linge non personnel;
- Mise à la disposition illimitée d'eau potable.

## Annexe 7

Tableau : Etablissements et lits MR en province de Luxembourg

Arrondissements	Etablissements	Communes	Nb de lits	Nb de lits en court séjour
Arrondissement d'Arlon	Les Résidences d'Euroster	Messancy	144	0
	Home Soir Paisible	Arlon	91	0
	Home Bellefleur	Aubange	81	0
	Seigneurie de Ville en Pré	Arlon	76	4
	Résidence Clairefontaine	Martelange	47	0
	Résidence des Ardennes	Martelange	34	0
	<b>Total</b>		<b>473</b>	<b>4</b>
Arrondissement de Bastogne	MR / MRS Louis Palange	Houffalize	98	0
	Résidence Sans Souci	Bastogne	81	0
	Seniorie de Sainte-Ode (Pavillon Belgica)	Sainte-ode	66	0
	L'Age d'Or	Bastogne	52	0
	Home Marie-Thérèse	Vielsalm	43	0
	Résidence de l'Ourthe (=ex Résidence Vallée du Houx)	Houffalize	35	0
	En Famille	Vaux-Sur-Sure	29	0
	Résidence Château des Cheras	Houffalize	17	0
	Mon Tilleul	Vaux-Sur-Sure	12	0
	Saint-Gengoux	Vielsalm	10	0
	<b>Total</b>		<b>443</b>	<b>0</b>
Arrondissement de Marche-en-Famenne	Maison de retraite Libert	Marche-en-Famenne	90	0
	Douce Quiétude	Marche-en-Famenne	75	0
	Domaine de la Rose Blanche	Durbuy	73	0
	La Reine des Prés	Marche-en-Famenne	50	0
	Home Jamotte	La Roche-en-Ardenne	46	0
	Résidence Véronique	Durbuy	40	0
	Home Philippin	Erezée	39	0
	Les Dolmens	Durbuy	34	0
	Résidence de la Forêt	Tenneville	32	0
	<b>Total</b>		<b>479</b>	<b>0</b>
Arrondissement de Neufchâteau	Val des Seniors	Wellin	115	0
	Saint Charles	Bertrix	85	0
	Résidence Bois de Bernihé	Libramont-Chevigny	82	0
	Résidence Tournay-Solvay	Bouillon	66	0
	Home Clos des Seigneurs	Neufchâteau	54	0
	Home Saint Charles - Bouillon	Bouillon	53	2
	Seniories Floradant	Libramont-Chevigny	52	2
	Home Herman	Saint-Hubert	46	0
	Seniorie de Carlsbourg	Paliseul	45	0
	Home de la Bonne Espérance	Herbeumont	35	0
	Résidence de la Fontaine	Libin	30	0
	Résidence Les Alouins 1	Tellin	25	1
	M.R. du CPAS de Bouillon	Bouillon	24	0
	Résidence de la Semois	Bouillon	23	0
	Le Joli Bois	Leglise	18	0
	Nos Grands Parents	Leglise	16	0
	<b>Total</b>		<b>769</b>	<b>5</b>
A r r o n d .	Saint Charles (La Gaume)	Virton	95	0

Home l'Amitié	Virton	88	0
Saint Jean-Baptiste	Florenville	80	0
Home La Concille	Florenville	80	0
L'Auberge du Vivier	Habay	71	0
Le Refuge	Habay	51	0
Maison de la Sainte Famille	Rouvroy	50	0
Séniorie de L'Enclos	Etalle	35	0
Le Manoir	Chiny	7	0
	<b>Total</b>	<b>557</b>	<b>0</b>
<b>Total de lits en Province de Luxembourg</b>		<b>2721</b>	<b>11</b>

Source : RW, DGASS, Octobre 2004

### Annexe 8

Tableau : Etablissements et lits MRS en province de Luxembourg

Arrondissements	Etablissements	Communes	Nb de lits MRS agréés
Arlon	Les Résidences d'Euroster	Messancy	50
		<b>Total</b>	<b>50</b>
Bastogne	Résidence Sans Souci	Bastogne	31
	Home Louis Palange	Houffalize	35
	MRS Saint-Gengoux	Vielsam	35
	Home Marie-Thérèse	Vielsam	30
		<b>Total</b>	<b>131</b>
Marche-en-Famenne	MRS Reine des Prés	Marche-en-Famenne	25
	MRS Libert	Marche-en-Famenne	25
	Résidence Véronique	Durbuy	30
	Domaine de la Rose Blanche	Durbuy	54
	Home Jamotte	La Roche-en-Ardenne	25
		<b>Total</b>	<b>159</b>
Neufchâteau	Résidence Saint-Charles	Bouillon	30
	Résidence Tournay-Solvay	Bouillon	25
	Clos des Seigneurs	Neufchâteau	25
	Seniorie de Carlsbourg	Paliseul	28
	Résidence Val des Seniors	Wellin	86
		<b>Total</b>	<b>194</b>
Virton	Home l'Amitié	Virton	27
	MRS Saint-Antoine	Virton	54
	Maison de la Sainte-Famille	Rouvroy	25
	MRS La Concille	Florenville	40
	Home Saint Jean-Baptiste	Florenville	35
<b>Total de lits MRS en Province de Luxembourg</b>			<b>181</b>

Source : RW, DGASS, 30/08/2004



### Annexe 10

Tableau : Lits de gériatrie dans les hôpitaux de la province de Luxembourg

Etablissements	Localités	Nombre de lits
IFAC	Bastogne - Marche	30
CHA	Libramont - Sainte-Ode	72
CSL	Arlon - St-Mard	24

### Annexe 11

Tableau : Taux de réponse / type d'agrément

Etablissements belges			
	Envois	Réponses	Taux (%)
CJ	1	1	100
MR	29	18	<b>62,1</b>
MRS	2	2	100
MR-CJ	1	1	100
MR-MRS	17	14	82,4
MRS-RS	1	1	100
RS	1	0	0
	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>71,2</b>
Etablissements français (Moselle)			
	Envois	Réponses	Taux (%)
UV -	5	4	80
FL- Foyer Résidences	29	18	62.
MR-MAPAD-EHPAD	35	33	94.2
USLD	13	9	80.5
	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>78</b>

### Annexe 12

Tableau : Agréments

Catégories			ZIB	ZIL	ZIF			
ZIB	ZIL	ZIF			Me	M&M	Mo	ZIF
MR	CIPA	MR	<b>33</b>	<b>32</b>	0**	1*	6***	<b>7</b>
MRS	MS	MR médic.	<b>18</b>	<b>15</b>	5	5*	15***	<b>25</b>
		USLD			1**	4	9	<b>14</b>
		EHPAD			7	3	24	<b>34</b>
RS	LE	FL	<b>1</b>	<b>4</b>	3	0	16	<b>19</b>
		UV			1**	0	4	<b>5</b>
CAJ	FJ	--/--	<b>2</b>	<b>17</b>	--/--	--/--	--/--	<b>5</b>
<b>Total</b>			<b>54</b>	<b>68</b>	17	13	74	<b>104</b>

ZIB : 37 établissements (dont 11 doubles agréments et 3 triples agréments)

ZIF : 86 établissements ; \* 1 MR non précisée ; \*\* pas dans le questionnaire de l'OFBS ; \*\*\* 4 MR non précisées ; ZIL : \* 69 établissements (2 doubles agréments et 3 non définis)

### Annexe 13

Tableau : Taux d'occupation (en %)

Catégories	ZIB	ZIF				ZIL
		Me	M&M	Mo	ZIF	
Moyenne	95.5	86.7	93.4	98.1	94.78	86.1
Minima	30	33.3	70	85	33.3	33.3
Maxima	100	100	100	101.9 (!)	101.9 (!)	100

#### Annexe 14

Tableau : Nombre de lits / type de prise en charge

Catégories		ZIF			
		Me	M&M	Mo	ZIF
Hébergement complet	MR	930	621	3467	5018
	MRS				
Hébergement temporaire		11	5	24	40
Accueil de jour		5	0	13	18
Accueil de nuit		1	0	0	1
Autres : résidences-services		--/--	--/--	--/--	--/--
Total		947	626	3504	5077

#### Annexe 15

Tableau : Nombre de lits de prise en charge des personnes démentes

Catégories	ZIB	ZIL	Me	M&M	Mo	ZIF
Etablissements (N)	13	55°	4	2	9	15
Hébergement complet	102	993	28	75	96	199
Hébergement temporaire	130	0	0	0	0	0
Accueil de jour	0	178	0	-	0	0
Accueil de nuit	0	32	0	-	-	0
Autres	0	-	-	-	-	-
Total	232	1203	28	75	96	199

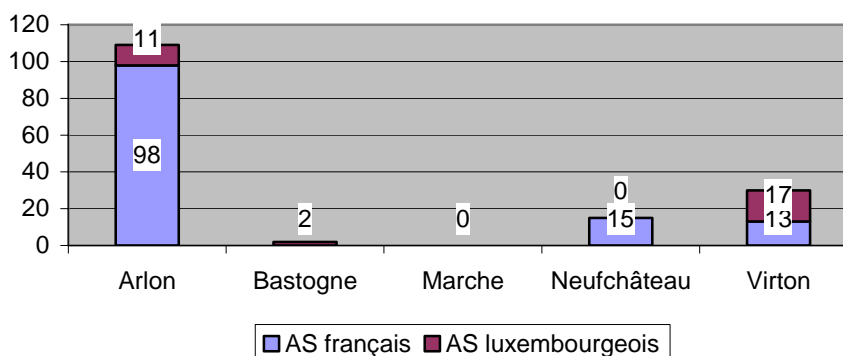
ZIL : ° dont 12 non réponses

Tableau : Taille des "services 'démence'"

Catégories	ZIB	ZIF				ZIL
		Me	M&M	Mo	ZIF	
Moyenne	17.8	7	37.5	10.7	12.4	21.9
Minima	1	2	25	2	2	1
Maxima	65	10	50	24	50	90

#### Annexe 16

### Nombre de résidents français et luxembourgeois en province de Luxembourg



### Annexe 17

Tableau : Entrées

Catégories	ZIB	ZIF				ZIL
		Me	M&M	Mo	ZIF	
Moyenne	22.6	18	18.4	15.8	16.5	22
Minima	0	1	3	3	1	2
Maxima	71	47	47	59	59	129
Entrées assurés étrangers	57*	1	0	0	1	17

\* 55 assurés sociaux français et 2 assurés sociaux luxembourgeois

### Annexe 18

Tableau : Répartition des résidents des établissements belges par degré de dépendance

Degré de dépendance	O	A	B	C	Cd	TOT.	%
Nombre total de résidents présents	424	272	373	306	434	1809	92,6 % <sup>366</sup>
	23,4	15,0	20,6	16,9	24,0	100	
	<b>38,4 %</b>		<b>61,5 %</b>				
Dont nombre d'assurés sociaux français	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>46</b>	<b>18</b>	<b>125</b>	126/1954, soit 6,4 %
	20,8	9,6	18,4	36,8	14,4	100	
	<b>30,4 %</b>		<b>69,6 %</b>				
Dont nombre d'assurés sociaux luxembourgeois	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	30 /1954, soit 1,5 %
	10	0	26,7	43,3	20	100	
	<b>10 %</b>		<b>90 %</b>				
Total assurés étrangers	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>31</b>	<b>59</b>	<b>24</b>	<b>155</b>	155/1954, soit 8 %
	18,7	7,7	20,0	38,1	15,5	100	
	<b>26,4%</b>		<b>73,6 %</b>				

Tableau : Répartition des résidents des établissements lorrains par degré de dépendance

Degré de dépendance	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Total résidents (N)	642	1123	523	758	351	670	4067
Total résidents (%)	15,8	27,6	12,9	18,6	8,6	16,5	100,0
AS belges	<b>15</b>			1		1	2
AS luxembourgeois			1	1			2
AS allemands		1	1			1	3
AS organismes internationaux							
Non définis							
Autres : AS espagnols	1	1				1	3

\* Frontaliers : 1 CPAM de Thionville + 1 CPAM de Longwy

<sup>366</sup> 2 MR n'ont pas répondu. Elles comptabilisent 143 places. Sachant que le taux moyen d'occupation est de 97,9%, nous émettons l'hypothèse qu'elles accueillent 140 résidents dont nous ne connaissons pas le degré de dépendance. A ces 140 résidents s'ajoutent les 5 résidents accueillis dans le centre d'accueil de jour dont nous ne connaissons pas non plus le degré de dépendance. Bref, aux 1809 résidents dont le degré de dépendance est repris dans ce tableau, il faut ajouter 145 résidents.

Tableau : Répartition des résidents des établissements luxembourgeois par degré de dépendance

<b>Catégories d'établissements</b>	<b>Non Assurance Dépendance</b>	<b>Demande Assurance Dépendance</b>	<b>&lt; 12 H/semaine</b>	<b>12-24,5 H/semaine</b>	<b>&gt; 24,5 H /semaine</b>	<b>Total</b>
CIPA	1457	239	325	527	723	3271
Maisons de soins	57	80	104	298	723	1262
Logement encadré	159	6	16	18	3	202
Foyer de jour spécialisé	62	133	282	86	21	584
<b>Total</b>	<b>1735</b>	<b>458</b>	<b>727</b>	<b>929</b>	<b>1470</b>	<b>5319</b>
%	32,6%	8,6%	13,7%	17,5%	27,6%	100,0%