



# LES MAISONS DE REPOS DOIVENT- ELLES DISPARAÎTRE ?

La désinstitutionnalisation des  
aînés est-elle souhaitable ?

*Juillet 2020*



## LES MAISONS DE REPOS DOIVENT-ELLES DISPARAÎTRE ?<sup>1</sup>

La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?

Juillet 2020

*La crise n'est pas une situation. Elle est incapacité d'agir (Alain Touraine)<sup>2</sup>*

### TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	3
1. Des sources statistiques pour cadrer et objectiver le débat .....	6
2. Quelques données et constats de base.....	6
2.1. La majorité des aînés ne sont pas en maison de repos. Et c'est très bien.....	6
2.2. Un séjour d'environ 3 ans en moyenne .....	7
2.3. Les lits et les résidents - 46 650 aînés en Wallonie, 12 950 à Bruxelles.....	7
2.4. L'emploi - Pas loin de 50 000 en Communauté Wallonie - Bruxelles.....	8
2.5. La taille des maisons - Les mastodontes ne sont point légion .....	9
2.6. Les budgets pour les soins en 2019.....	10
3. Quelques grandes tendances dans l'accueil des aînés.....	11
3.1. Un accueil à un âge toujours plus avancé .....	11
3.2. Des résidents plus vulnérables .....	11
3.4. La croissance des prix, un frein à l'entrée et une hausse des aides sociales .....	13
4. Différents profils de résidents réputés autonomes .....	16
5. L'accompagnement à domicile reste à renforcer .....	16
6. De la nécessité de services d'accueil et de soins aux aînés .....	17
7. Un besoin significatif de lits dans le futur .....	18
8. Changer de l'intérieur - l'enjeu culturel.....	20
8.1. La question des plaintes et du relationnel .....	20
8.2. La question de la parole .....	20
8.3. Liberté individuelle et vie communautaire - Respect, bienveillance et implication.....	21
8.4. Les groupes de vie.....	22
8.5. L'ancrage social .....	22
9. La question des alternatives .....	23
9.1. La résidence-services et le centre de soins de jour.....	23
9.1.1. La résidence-services.....	23
9.1.2. Les centres de soins de jour .....	24
9.2.1. L'habitat groupé.....	24
9.2.2. Les maisons kangourou.....	24

<sup>1</sup> J.-M. Rombeaux, Économiste et Conseiller expert à la Fédération des CPAS de l'UVCW et de Brulocalis.

<sup>2</sup> A. Touraine et al., *Au delà de la crise, Le Seuil*, 1976.

9.2.3. Les Marpa en France.....	25
9.2.4. La piste des résidences-services et de soins.....	25
9.3. Maisons communautaires, centre local de services, maisons de quartiers.....	25
10. L'avant et l'après COVID 19 des maisons de repos.....	26
10.1. Des enjeux d'avant le COVID subsistent et sont à réaffirmer .....	26
10.1.1. Des normes trop basses et pas assez de lits MRS .....	27
10.1.2. L'enjeu de la nutrition - Logopède et diététicien notamment .....	27
10.1.3. L'accompagnement des personnes atteintes de démence - Personnes de référence et personnel de réactivation.....	29
10.1.4. Quelques premières réflexions pour l'après COVID.....	29
10.1.5. Le matériel de protection - Un stock suffisant et un usage à bon escient.....	30
10.1.6. Une nécessaire stratégie de testing.....	30
10.1.7. Fluidifier les relations avec l'hôpital.....	32
10.1.8. Fluidifier les relations avec les généralistes .....	34
10.1.9. Plus-value de l'intervention d'un psychologue.....	34
10.1.10. Prendre encore davantage en compte la dimension sociale .....	35
10.1.11. De l'intérêt d'un débat sur une protection épidémie fédérale.....	35
11. Résumé.....	36
12. Postface .....	40

## PRÉAMBULE

1. La perception des maisons de repos (et de soins) est ambivalente. Fréquemment, l'image qui en est projetée est négative. Nombre de familles tentent pourtant de trouver une place pour un parent dans une de ces résidences.
2. En 1973, le film *Home Sweet Home* sort dans les salles obscures. Dans une maison de repos, une forme de dictature ouatée était organisée par la direction et allait susciter une insurrection des résidents. Ce pamphlet révolutionnaire fut plébiscité.

Sans être exhaustif, quelques griefs et clichés sont usuels. Les maisons de repos sont des ghettos où l'on parque et oublie les anciens avant une fin inexorable. Elles coûtent cher et se font de l'argent sur le dos de pauvres vieux. Récemment, Mieke Vogels<sup>3</sup> a qualifié ces maisons de système industriel<sup>4</sup>.

« *Au fond, les maisons de repos personne n'en veut* », a écrit une journaliste. Un autre a titré : « *Faut-il en finir avec les maisons de repos ?* »<sup>5</sup>. Dans une réunion avec une Ministre, un médecin généraliste a asséné que seule une partie des grabataires et les personnes qui n'étaient plus continentes pour les selles devaient être en maison de repos.

3. À un niveau plus diffus et surtout existentiel, la maison de repos renvoie à la fragilité et la finitude de la condition humaine. Fragilité et finitude d'autant plus sensible que la jeunesse et la performance étaient exaltées dans la société prétendue moderne de l'avant COVID-19. Fragilité et finitude rappelées de façon exacerbée par la mortalité désespérante qui défraya les actualités des semaines durant.
4. En même temps, nombre de familles sont en recherche d'une solution pour un proche dont la vie à domicile devient pratiquement intenable. C'est particulièrement vrai quand l'aîné est atteint à un stade avancé d'une maladie de type Alzheimer. Pour ces familles, la difficulté et le temps pour disposer d'une place dans une structure d'accueil et d'hébergement sont source d'incompréhension et de mal-être. Dans certains cas, elle aboutit à l'épuisement de proches.

Selon Gaëlle Gallet de l'asbl Senoah<sup>6</sup>, les maisons de repos rencontrent un « *besoin évident et il n'est pas question de faire table rase* ». « *Il y a énormément de maisons où les gens vivent de manière très positive* »<sup>7</sup>.

5. Les maisons de repos d'aujourd'hui n'ont plus rien à voir avec les hospices où les homes d'il y a 30 ans. Les dortoirs ont fort heureusement disparu et la majorité des chambres sont individuelles. La plupart ont un cabinet de toilette et de nombreuses chambres ont des douches individuelles. L'encadrement en personnel a significativement été amélioré et diversifié. Il est le plus souvent très largement supérieur aux normes, particulièrement en secteur public.

Par ailleurs, les personnes accueillies ne sont plus où plutôt n'ont jamais été les fringants papys et mamys insoumis de *Home Sweet Home*. Le vieillissement dans le vieillissement va signifier un nombre sans cesse plus élevé d'octogénaires. Bon nombre seront plus dépendants, même si tous les moyens matériels et humains sont déjà mis en œuvre pour préserver voire augmenter leur autonomie.

---

<sup>3</sup> Ancienne Ministre flamande de la Santé de 1999 à 2003.

<sup>4</sup> *De Afspraak*, VRT, 4.6.2020.

<sup>5</sup> *L'Echo*, 20.6.2020.

<sup>6</sup> Senoah est un service d'accompagnement des seniors en matière d'habitat. Antérieurement, il se dénommait Infor-Home.

<sup>7</sup> *Faut-il en finir avec les maisons de repos ?*, *L'Echo*, 20.6.2020.

6. Le COVID a fait des ravages. Les chiffres provisoires de Sciensano et partiellement publiés indiquent que 70 % des décès sont des résidents de maison de repos, à Bruxelles, et 63 % en Wallonie<sup>8</sup>. Toutefois, surtout en début de crise, une partie des décès ont été attribués au COVID sans test et posent question.

Deux économistes d'Oxford ont analysé la surmortalité totale dans un groupe de pays européens du 22 mars au 3 mai 2020. Comparer la surmortalité totale des dernières semaines avec la mortalité du passé résout deux problèmes de déclaration des décès liés à COVID : les erreurs de diagnostic ou de sous-déclaration des décès liés au COVID-19 sont évitées. Les données sur l'excès de mortalité comprennent aussi les « dommages collatéraux » dus à d'autres problèmes de santé, non traités en raison de l'épidémie. Dans cette étude, la Belgique est à la troisième place, loin devant la France et les Pays-Bas pourtant voisins et limitrophes<sup>9</sup>.

À leur corps défendant et meurtri, les maisons de repos ont été sous les feux de la rampe avec la crise du COVID. Le terme de mouvoir a ressurgi. Un Chercheur flamand<sup>10</sup> a ressorti le concept d'institution totale pour les qualifier. Un Gérontologue a embrayé et a plaidé leur suppression estimant qu'elles appartenaient au passé<sup>11</sup>. Pour mémoire, en 1961, Erwin Goffman avait défini l'institution totale comme « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* »<sup>12</sup>.

7. Le 12 novembre 2019, la Chaire Hoover de l'UCL organisait « *in tempore non suspecto* » un débat contradictoire, argumenté et respectueux entre Philippe Defeyt, Économiste, et Jean-Marc Rombeaux autour d'une question : « *La désinstitutionnalisation de l'accompagnement des aînés est-elle souhaitable ?* ».

Il fut modéré par Caroline Guffens qui passa alors un après-midi plutôt paisible. Les neurones l'emportèrent en effet haut la main sur la testostérone et les « common grounds » ne furent point exception.

8. La douloureuse actualité des derniers mois nous a incité à revisiter, approfondir et étoffer ce débat ainsi que les idées exprimées à cette occasion. Le texte original a quelque peu muté et s'est nourri des échanges avec le terrain de mars à juin 2020.

Les chiffres sont centrés sur la réalité wallonne et, dans la mesure du possible, bruxelloise. En effet, les statistiques y sont, hélas, plus lacunaires. Le volet propositionnel concerne les deux Régions, les enjeux n'y étant pas fondamentalement différents.

Le présent texte est un essai éclectique et se veut une contribution honnête, constructive et étayée à l'inévitable débat sur le futur des maisons de repos dans le monde de l'après COVID. Monde qui ne verra réellement le jour que lorsqu'un vaccin sera accessible au plus grand nombre.

Je remercie vivement Anita Gancwajch, du CPAS de Charleroi, et ma Collègue et ancienne directrice de maison de repos, Marie Borgniet, de leur patiente relecture et leurs précieuses suggestions. Merci aussi au Dr Kirkove pour sa disponibilité bienveillante et ses suggestions

<sup>8</sup> Près de 7 résidents sur 10 sont des maisons de repos, *Le Soir*, 8.6.2020.

<sup>9</sup> J. Aron, J. Muellbauer, *Measuring excess mortality: England is the European outlier in the COVID-19 pandemic*, 18.5.2020.

<https://voxeu.org/article/excess-mortality-england-european-outlier-COVID-19-pandemic>

<sup>10</sup> B. Schraepen, *Het einde van het instellingsmodel*, 23.4.2020.

<https://www.dewereldmorgen.be/artikel/2020/04/23/het-einde-van-het-instellingsmodel/>

<sup>11</sup> P. Janssen, *Schaf rusthuizen gewoon af*, *De Standaard*, 2.7.2020.

[https://m.standaard.be/cnt/dmf20200701\\_05004745](https://m.standaard.be/cnt/dmf20200701_05004745)

<sup>12</sup> E. Goffman, *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1961.



éclairées dans des moments-clés et compliqués. De la gratitude envers Karine Lalieux dont la franchise, l'optimisme, le sens de l'humain et du collectif ne peuvent être que salués. Un coup de chapeau également à l'endroit de Manon Van Moer vu sa titanesque et fulgurante mise en bonne forme.

Une pensée émue enfin et surtout pour tous ceux et celles qui sont partis sans comprendre ce qui se passait et sans un au revoir ; mais aussi pour le personnel présent des maisons de repos qui, dans un temps de souffrance et de violence inouïes, s'est surpassé dans la solidarité pour la dignité des aînés.



## **1. DES SOURCES STATISTIQUES POUR CADRER ET OBJECTIVER LE DEBAT**

Beaucoup de choses ont été dites sur les maisons de repos mais des données synthétiques sont rarement rassemblées. Et pour cause : elles sont relativement « dispersées ». Avant d'entrer au cœur du débat, les maisons de repos seront tout d'abord regardées de façon statique (2) puis dynamique (3), au départ de plusieurs sources afin de cadrer la discussion.

La première source vient des données sur la période de référence 2018 - 2019 des maisons de repos, tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Le financement de soins des maisons de repos est en effet basé sur une période allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin. Ces statistiques sont issues de l'AVIQ et d'Iriscare. Des chiffres plus anciens sur les résidents proviennent pour leur part de l'Inami. Des données de l'ONSS relatives à l'emploi en secteur public sont également prises en compte.

L'AVIQ publie une enquête sur les maisons de repos à un rythme, en principe, bisannuel. La dernière porte toutefois sur l'année 2017 et représente 94 % des lits en Wallonie. Les Mutualités socialistes ont publié pour leur part, en juin 2020, une courte étude sur leurs affiliés en maison de repos. Elle n'existe qu'en flamand et concerne notamment Bruxelles<sup>13</sup>.

Jusqu'en 2017, l'AVIQ établissait aussi un rapport sur les plaintes en maison de repos. Il n'y a pas d'exercice équivalent à Bruxelles.

Régulièrement, le Bureau fédéral du Plan établit des projections démographiques. Elles donnent notamment la population attendue dans les différentes Régions et Communautés. La dernière intègre la mortalité liée au COVID et est utilisée dans la présente étude.

En matière de prix, le SPF Économie tenait à jour, jusqu'en 2014, des moyennes sur les prix dans des maisons de repos dans les Régions. L'AVIQ les a poursuivies en Wallonie. Rien de tel n'existe encore à Bruxelles. Par contre, Infor-Homes Bruxelles établit un relevé des maisons de repos par classe de prix.

Enfin, depuis 1999, les Fédérations des CPAS réalisent une Radioscopie des maisons de repos publiques.

## **2. QUELQUES DONNÉES ET CONSTATS DE BASE**

### **2.1. La majorité des aînés ne sont pas en maison de repos. Et c'est très bien**

En croisant les données du rapport annuel de l'AVIQ<sup>14</sup> et celles démographiques du Bureau fédéral du Plan, on constate sans surprise que la majorité des aînés ne sont pas en maison de repos. En Wallonie, la maison de repos est dorénavant réservée à des personnes de 70 ans et plus<sup>15</sup>. Seuls 9,4 % de ce public cible y séjournent. En pratique, la majorité des résidents sont des octogénaires. Ils ne représentent toutefois qu'une petite partie de l'ensemble de ceux vivant en Wallonie : moins d'un sur cinq (18,3 %).

<sup>13</sup> *Socialistische ziekenfonds, Cijfer van de maand profiel rusthuisbewoners*, 23.6.2020.

<sup>14</sup> Des années durant, l'Inami diffusait des statistiques sur l'âge des personnes en maison de repos. Ces données venaient du Collège inter-mutualiste. Bien qu'elles aient été sollicitées à maintes reprises, ces statistiques ne sont plus établies. Pour le débat sur la politique de Santé publique, c'est regrettable.

<sup>15</sup> CWASS, art. 334.



2017	Résidants		Population	% population en maison de repos
	Rapport annuel	Avec 100 % des lits		
65 et +	41 509	44 147	636 987	6,9 %
70 et +	39 354	41 855	446 258	9,4 %
80 et +	32 472	34 536	188 815	18,3 %
Lits	46 144	49 077		

Sources : AVIQ et Bureau fédéral du Plan

Calculs : Fédération des CPAS

Dans leur enquête sur leurs affiliés, les Mutualités socialistes constataient à Bruxelles que 20,6 % des plus de 80 ans étaient en maison de repos.

## 2.2. Un séjour d'environ 3 ans en moyenne

Le rapport annuel de l'AVIQ renseigne à nouveau sur la réalité wallonne en 2017.

La durée moyenne de séjour des personnes décédées en 2017 est de 37,7 mois ou 2,8 ans (3,2 ans pour les femmes et 1,8 ans pour les hommes). L'âge moyen au décès était de 84,3 ans pour les hommes et de 87,5 ans pour les femmes.

À Bruxelles, dans l'enquête des Mutualités socialistes, la durée moyenne de séjour des personnes décédées était de 3,3 ans (2,6 ans pour les femmes ; 3,7 ans pour les hommes).

En Wallonie, chaque année, un peu plus d'un résidants sur quatre décède (26,3 %).

### **Part des résidants qui décèdent**

Hommes	32,7 %
Femmes	24,2 %
<b>Total</b>	<b>26,3 %</b>

Source : AVIQ - 2017

Au sud du pays, près des trois quarts (72,3 %) des résidants meurent en maison de repos (74,2 % pour les femmes ; 68,1 % pour les hommes) et 27,3 % décèdent à l'hôpital (25,3 % pour les femmes ; 31,4 % pour les hommes).

### **Lieux du décès des résidants**

	Maison de repos	Hôpital
Hommes	68,1 %	31,4 %
Femmes	74,2 %	25,3 %
<b>Total</b>	<b>72,3 %</b>	<b>27,3 %</b>

Source : AVIQ - 2017

## 2.3. Les lits et les résidants - 46 650 aînés en Wallonie, 12 950 à Bruxelles

En 2019, la Wallonie comptait un peu moins de 50 000 lits et 46 652 résidants dans ses maisons de repos, soit un taux d'occupation de 94 %. Il y avait 558 résidences.

À Bruxelles, 12 946 aînés étaient présents pour 15 474 lits, soit un taux d'occupation de 84 %. 138 résidences de la COCOM existaient dans la Région de Bruxelles-Capitale.



Dans ces deux Régions, c'est au sein des structures publiques que les places vides sont les moins nombreuses. Le taux d'occupation en secteur public s'élevait en effet à 95 % en Wallonie et 88 % à Bruxelles.

**Nombre total de lits, d'unités et d'aînés dans le secteur des maisons de repos  
Taille (lits) et taux d'occupation moyens des résidences - Période de référence (PR)  
2018-2019**

	Bruxelles (COCOM)*					Wallonie				
	Lits	Unités	Aînés	Taille	TO	Lits	Unités	Aînés	Taille	TO
ASBL	2 137	18	1 790	119	84 %	11 862	116	11 161	102	94 %
Prive	9 737	94	7 996	104	82 %	23 477	294	21 791	80	93 %
Public	3 600	26	3 159	138	<b>88 %</b>	14 468	148	13 700	98	<b>95 %</b>
Total	15 474	138	12 946	112	<b>84 %</b>	49 807	558	46 652	89	<b>94 %</b>
% Public	23,3 %	18,8 %	24,4 %	-	-	29 %		29,4%	-	-

Sources : Iriscare et AVIQ - Calculs Fédération des CPAS

\* Les maisons bruxelloises de la Vlaamse Gemeenschap ne sont pas dans l'échantillon.

Elles étaient 8 avec 601 lits en 2019 (Chiffres Infor-Homes).

Les taux d'occupation actuels sont sensiblement plus bas en raison des décès liés à l'épidémie de COVID-19. En moyenne, une baisse de l'ordre de 10 % est plausible.

Par ailleurs, fin 2019 début 2020, une opération de récupération de lits en portefeuille a eu lieu à Bruxelles. Elle a abouti à la décision théorique de récupérer 617 lits sur un total de 2 778.

La faible occupation des maisons de repos à Bruxelles implique, a fortiori après le COVID, qu'une création globale de nouveaux lits n'y est pas relevante. Cela ne signifie pas qu'un rééquilibrage entre secteur marchand et non marchand n'y soit point opportun, au contraire. Ce point est d'ailleurs porté par la Fédération des CPAS bruxellois.

#### **2.4. L'emploi - Pas loin de 50 000 en Communauté Wallonie - Bruxelles**

Via l'AVIQ et Iriscare, des données fiables sur le personnel de soins et le personnel « non-soins » en secteur privé sont connues en ETP. Pour le secteur public, il y a des chiffres à l'ONSS pour les travailleurs et les équivalents temps plein qui sont tenus avec rigueur. A contrario, pour le secteur privé, les chiffres ONSS posent question<sup>16</sup>. Dans ce contexte, pour le temps de travail moyen en secteur privé, une donnée d'un grand secrétariat social a été utilisée.

Sur ces différentes bases, l'emploi des maisons de repos peut être estimé à presque 10 000 à Bruxelles (9 967) et un peu plus de 37 400 (37 426) en Wallonie. Au total, dans la Communauté Wallonie - Bruxelles, c'est donc pas loin de 50 000 emplois (47 393).

<sup>16</sup> P. Defeyt, *Quel pilotage statistique de la crise ? Un enjeu politique, scientifique et démocratique*, Brève de l'IDD n° 37, 12.4.2020.

## Emploi dans les maisons de repos à Bruxelles\* et Wallonie - PR 2018-2019

	ETP			ETP par travailleur		Personnes		
	Bruxelles	Wallonie	B+W	Bruxelles	Wallonie	Bruxelles	Wallonie	B+W
Asbl	1 093	6 409	7 502	0,62	0,62	1 762	10 338	12 100
Prive	3 682	9 533	13 215	0,62	0,62	5 938	15 376	21 315
Public	1 990	8 394	10 383	0,82	0,71	2 428	11 860	14 288
Total	6 764	24 336	31 100	0,68	0,65	9 967	37 426	47 393
% Public	29,4 %	34,5 %	33,4 %			24,4 %	31,7 %	30,1 %

Sources ETP : AVIQ, Iriscare et ONSS pour l'emploi total secteur public

Sources ETP par travailleurs : Sd Works pour le secteur privé - ONSS pour le public

Calculs : Fédération des CPAS

\* Les maisons bruxelloises de la Vlaamse Gemeenschap ne sont pas dans l'échantillon.

Dans un monde automatisé, les maisons de repos ont une haute intensité en travail. 50 000 personnes, ce n'est pas rien. D'autant qu'il s'agit de fonctions non délocalisables pour des qualifications variées. Dans un contexte de crise où le marché du travail est lourdement impacté à court terme et à long terme, la numérisation va peser dans plusieurs secteurs. C'est un élément à garder à l'esprit avant d'en appeler à la disparition des maisons de repos.

### 2.5. La taille des maisons - Les mastodontes ne sont point légion

En Wallonie, en vertu de l'article 1412 du CRWASS, une maison de repos ne peut comporter moins de cinquante places ou plus de deux cents places, y compris les places de court séjour ou de maison de repos et de soins. Un régime dérogatoire a permis aux établissements qui ne satisfaisaient pas au 29 décembre 2009 à ces conditions de taille de continuer à fonctionner.

Dans cette Région, les maisons de repos ont en moyenne 89 lits. Il existe toutefois une grande disparité dans les tailles. Les petites maisons deviennent rares (161 - 15 % des lits) et les « mastodontes » de plus de 200 lits sont l'exception (6 - 3% des lits). 42 % de l'offre vient des maisons entre 100 et 150 lits.

#### Maison de repos par taille - Wallonie

Taille	Maison	Lits	% Lits	Taille
0 à 60	161	7 334	15 %	46
61 à 100	194	15 804	32 %	81
101 à 150	173	21 092	42 %	122
151 à 200	24	4 122	8 %	172
201 et plus	6	1 455	3 %	243
Total	558	49 807	100 %	89

Source : AVIQ

Calculs : Fédération des CPAS

À Bruxelles, en vertu de l'article 128 d'un arrêté du 3 décembre 2009, les nouveaux établissements ne peuvent gérer plus de 200 lits par site. La taille moyenne des maisons est de 112 lits. Les résidences de moins de 60 lits sont fort peu nombreuses (22 - 7 % des lits). 35 % des lits sont dans des structures qui comptent entre 100 et 150 places. Seules trois résidences ont plus de 200 lits.

### Maison de repos par taille - Bruxelles

Taille	Maison	Lits	% Lits	Taille
0 à 60	22	1 010	7 %	46
61 à 100	43	3 584	23 %	83
101 à 150	43	5 406	35 %	126
151 à 200	27	4 702	30 %	174
201 et plus	3	727	5 %	242
Total	138	15 429	100 %	112

Source : Iriscare

Calculs : Fédération des CPAS

Si un établissement a une taille inadaptée, non viable, il va disparaître. À long terme, il y a une forme de « darwinisme organisationnel ». Dans cette perspective, la taille moyenne constatée peut alors être lue non comme un optimum mais comme une grandeur viable, au vu des normes juridiques, des niveaux de coûts salariaux, du prix de l'immobilier mais aussi des valeurs sociales.

La question de la taille idéale des maisons de repos peut bien entendu être débattue. Sur base d'une analyse plurifactorielle, Jean-Marc Rombeaux concluait, en 2012, qu'une taille de 90 à 100 est favorable à l'efficacité en secteur public wallon<sup>17</sup>.

Ce constat tendanciel serait à actualiser et n'implique pas l'impossibilité de modèle alternatif. À titre illustratif, la maison de repos du CPAS du Roeulx avait un bâtiment ancien, il y a une vingtaine d'années, et fut menacée de disparition. Un nouvel édifice a été reconstruit et la capacité étendue. Aujourd'hui, elle a 55 lits dont 38 en Maison de repos et de soins (MRS). 69 % de lits MRS n'est pas la règle, a fortiori dans des structures de taille plus petite. En tous les cas, elle trouve une forme d'équilibre en combinant, à son échelle, une approche tant sociale<sup>18</sup> qu'économique.

Des chiffres actuels, il ressort à tout le moins que les « résidences mastodontes » sont l'exception. Qualifier les maisons de repos d'industrie paraît dès lors à Bruxelles et en Wallonie quelque peu surfait.

## 2.6. Les budgets pour les soins en 2019

En Région wallonne, le budget des maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jour, centres de court séjour atteignait 980,4 millions d'euros en 2019.

À Bruxelles, au niveau de la COCOM, le même budget s'élevait à 268,6 millions d'euros.

<sup>17</sup> J.-M. Rombeaux, *Maison de repos. À la recherche de taille idéale*, CPASPlus, 11.2012.

<sup>18</sup> Cela n'implique bien entendu pas que l'approche sociale soit moindre dans des structures d'autres tailles.

### 3. QUELQUES GRANDES TENDANCES DANS L'ACCUEIL DES AINÉS

#### 3.1. Un accueil à un âge toujours plus avancé

Certaines tendances longues sont à l'œuvre. La première concerne l'âge des résidents. En 1999, les **moins de 80 ans** représentaient **36 %** des résidents wallons. En 2017, ils ne sont plus que **25,8 %**. Pour cette catégorie d'âge, on assiste donc déjà à une forme « non-entrée » en institution.

#### Wallonie - Évolution de l'âge des résidents

	1999	2017	1999	2017	2017/1999
< 60	1 346	951	3,4 %	2,2 %	- 29,3 %
60 - 74	6 281	6 153	15,8 %	14,2 %	- 2,0 %
75 - 79	6 665	4 077	16,8 %	9,4 %	- 38,8 %
<b>&lt; 79</b>	<b>14 292</b>	<b>11 181</b>	<b>36,0 %</b>	<b>25,8 %</b>	<b>- 21,8 %</b>
80 - 84	7 692	7 669	19,4 %	17,7 %	- 0,3 %
85 - 89	10 346	12 063	26,1 %	27,8 %	16,6 %
90 - 94	5 839	9 308	14,7 %	21,5 %	59,4 %
95 et +	1 531	3 123	3,9 %	7,2 %	104 %
<b>80 et +</b>	<b>25 408</b>	<b>32 163</b>	<b>64 %</b>	<b>74,2 %</b>	<b>26,6 %</b>
<b>Total</b>	<b>39 700</b>	<b>43 344</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>9,2 %</b>

Source : Inami et rapport bisannuel AVIQ

Calculs : Fédération des CPAS

En Wallonie, juridiquement, le résident d'une maison de repos est dorénavant un aîné de 70 ans au moins<sup>19</sup>. En pratique, près de trois quarts des résidents ont plus de 80 ans. De 2014 à 2019, leur nombre total a progressé de 2,1 % alors que la population de septuagénaires a augmenté de 9,8 %. La population effectivement accueillie augmente donc bien moins que la « population cible ».

	2014	2019	Δ 5 ans	Δ 5 ans
70 ans et plus	418 459	459 366	40 907	9,8 %
Résidents	45 713	46 652	939	2,1 %

Sources : Bureau fédéral du Plan et AVIQ

Calculs Fédération des CPAS

#### 3.2. Des résidents plus vulnérables

En maison de repos, sur base d'une échelle de dépendance (« échelle de Katz »<sup>20</sup>), on distingue les résidents par catégorie de dépendance (O, A, B et C) ou d'un diagnostic pour une affection type Alzheimer (D). Les personnes en catégorie **O** sont **réputées autonomes**. En **Wallonie**, c'était **1 résident sur 4 il y a 20 ans (26 %)**. Ils sont un peu plus de **1 sur 10 (12 %)** aujourd'hui. Au cours de 5 dernières années connues, la baisse du nombre de ces personnes autonomes a été de 1 187 (- 17,5 %). Pour les aînés les plus autonomes, l'entrée en institution devient aussi moins fréquente.

<sup>19</sup> CWASS, art. 334.

<sup>20</sup> Reprise en annexe.

Wallonie	31.3.1999	PR <sup>21</sup> 2013-14	PR 2018-2019	Δ 5 ans	Δ 5 ans
O	26 %	15 %	12 %	- 1 187	- 17,5 %
A	17 %	18 %	18 %	348	4,3 %
B	22 %	25 %	27 %	1 130	10,0 %
C	36 %	40 %	41 %	800	4,3 %
D	-	2 %	2 %	- 151	- 14,8 %
Total				939	2,1 %

Sources : Inami et AVIQ

Calculs : Fédération des CPAS

**À Bruxelles, un quart** des résidents bruxellois étaient aussi présumés **autonomes, il y a 20 ans (24 %)**. À l'heure actuelle, c'est pratiquement **1 sur 6 (17 %)**. Au cours de cinq dernières années connues, la baisse a été de 637 (- 22,7 %).

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la « **surprise du chef** » est le **recul en chiffres absolus du nombre total de résidents : - 455 (- 3,4 %) de 2014 à 2019**.

Bruxelles	31.3.1999	PR 2013-14	PR 2018-2019	Δ 5 ans	Δ 5 ans
O	24 %	21 %	17 %	- 637	- 22,7 %
A	16 %	16 %	17 %	- 47	- 2,1 %
B	22 %	22 %	26 %	359	12,1 %
C	38 %	39 %	39 %	- 70	- 1,4 %
D	-	2 %	2 %	- 60	- 22,4 %
Total	100 %		100 %	- 455	- 3,4 %

Sources : Inami et Iriscare

Calculs Fédération des CPAS

Ce phénomène, ignoré dans les débats sur l'avenir des maisons de repos, mériterait une investigation spécifique. Si besoin en était, il rappelle l'opportunité d'une approche statistique par-delà une rhétorique parfois réduite à l'emporte-pièce. Face à ce constat, trois hypothèses peuvent être énoncées.

La première est démographique. Le nombre de personnes âgées diminue à Bruxelles et partant de là, le nombre de résidents en maisons de repos. Les données du Bureau fédéral du Plan montrent effectivement un recul du quatrième âge à Bruxelles. Il est vraisemblablement lié, d'une part, à une natalité plus basse à l'approche et durant le deuxième conflit mondial et, d'autre part, à une migration de retraités bruxellois aisés hors de Bruxelles.

### **Évolution du quatrième âge à Bruxelles de 2014 à 2019**

	2014	2019	Δ	Δ en %
75 ans et +	79 408	76 757	- 2 651	- 3,3 %
80 ans et plus	50 492	49 417	- 1 075	- 2,1 %

Source : Bureau du Plan

Calculs : Fédération des CPAS

Une deuxième hypothèse trouve ses racines dans un renforcement de l'accompagnement à domicile. En l'état de l'information disponible, il n'y a pas eu à Bruxelles un investissement nettement plus marqué dans l'aide à domicile dans un passé récent.

<sup>21</sup> La PR est une période qui va du 30.6 d'une année au 1.7 de l'année suivante et qui sert de base au calcul du financement des soins en maison de repos (MR).

Une dernière hypothèse est l'évolution des prix. Les maisons de repos devenant plus onéreuses, elles deviennent « impayables » pour une partie de la population. Cette troisième hypothèse apparaît comme des plus sérieuses. Nous y reviendrons d'ailleurs plus bas.

En tous les cas, contrairement à une légende urbaine (et rurale) assez répandue, il y a bien moins de personnes âgées qui viennent en maison de repos, particulièrement à Bruxelles. Ces maisons accompagnent en outre une population bien plus vulnérable qu'il y a vingt ans. En particulier, elles accueillent de plus en plus tôt des personnes sorties précocement des hôpitaux, vu la réduction de la durée de séjours ces établissements.

### 3.3. Davantage de personnes désorientées ou avec une affection type Alzheimer

La Fédération des CPAS réalise, depuis 1999, une Radioscopie des maisons de repos publiques.

La part des résidents désorientés y est demandée. Une catégorie (D) reprenant les personnes avec un diagnostic d'une maladie type Alzheimer (« démence<sup>22</sup> ») par un médecin spécialiste existe en maisons de repos depuis décembre 2012.

En 1999, en Wallonie, un tiers des résidents (33,6 %) étaient désorientés dans le secteur public. En 2018, 43,4 % des résidents sont désorientés ou avec un diagnostic d'une maladie type Alzheimer (« démence »). Les évolutions à Bruxelles sont similaires. 32,3 % en 1999 ; 40,2 % en 2018.

#### **Part des résidents désorientés ou avec un diagnostic de démence Wallonie**

	2000	2018
Désorientés MR	11,4 %	18,0 %
Diagnostic de « démence » DMR	-	1,4 %
Désorientés MRS	62,1 %	60,9 %
	33,6 %	43,4 %

Source et calculs : Fédération des CPAS

#### **Part des résidents désorientés ou avec un diagnostic de démence Bruxelles**

	2000	2018
Désorientés MR	7,1 %	8,2 %
Diagnostic de « démence » DMR	-	3,2 %
Désorientés MRS	58,2 %	60,3 %
	32,3 %	40,2 %

Source et calculs : Fédération des CPAS

### 3.4. La croissance des prix, un frein à l'entrée et une hausse des aides sociales

Une quatrième évolution marquante est celle des prix de base moyens. Pendant longtemps, les prix en maison de repos ont progressé de façon proche de l'inflation. Ce n'est plus le cas. Au cours des 5 dernières années, en **Wallonie** la hausse nominale de prix a été de 26,4 % en moyenne et atteint même 32,1 % dans le secteur privé. C'est 17 % en plus que l'inflation (8 %)

<sup>22</sup> C'est la terminologie du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ce manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM) est un ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA) décrivant et classifiant les troubles mentaux.

pour la même période. **Sur dix ans**, l'augmentation des tarifs au-delà de l'inflation a été de **21,1 %** globalement, **28,3 % en secteur commercial** et « seulement » de **11,1 % en secteur public**.

En 2018, il fallait compter 49 euros par jour plus les suppléments que l'on peut estimer à 10 %<sup>23</sup>. Le prix du secteur public est alors environ 7 euros plus bas que celui en secteur privé : 43,8 vs. 51,7 (commercial) et 51,5 (associatif).

### Croissance et niveau de prix en Wallonie

	Croissance cumulée						Niveau de prix		
	2008-2013		2013-2018		2008-2018		2008	2013	2018
	Nominale	Réelle	Nominale	Réelle	Nominale	Réelle			
Public	8,9 %	- 0,1 %	20,1 %	11,2 %	30,8 %	<b>11,1 %</b>	33,5	36,4	43,8
Commercial	14,3 %	4,9 %	<b>32,1 %</b>	22,3 %	51,1 %	<b>28,3 %</b>	34,2	39,2	51,7
Associatif	11,9 %	2,7 %	28,2 %	18,7 %	43,5 %	<b>21,9 %</b>	35,9	40,1	51,5
Tout le secteur	12,8 %	3,5 %	<b>26,4 %</b>	<b>17,0 %</b>	42,6 %	<b>21,1 %</b>	34,3	38,8	49,0
Indice Santé	9,0 %	0,0 %	<b>8,0 %</b>	0,0 %	17,7 %	0,0 %	126,6	138,0	149,0

Source prix : 2008 et 2013, SPF Économie  
2018 AVIQ

Calculs : Fédération des CPAS

À **Bruxelles**, il n'y a plus de chiffres officiels sur les prix des maisons de repos depuis 2014. Toutefois, Infor-Homes publie des chiffres par classe de prix. Sur base de celles-ci, nous avons estimé un prix moyen (annexe 2). **Sur 10 ans**, la croissance réelle des prix est légèrement plus élevée que celle en Wallonie : **22,6 %** contre 21,1 % en Wallonie. Toutefois, les évolutions derrière ce chiffre sont très différentes. Entre 2008 et 2013, la hausse de prix au-delà de l'indice santé dans le secteur public et commercial a été faible : respectivement 0,3 et 0,4 %. Par contre, elle fut drastique dans le segment des structures associatives : 26,3 %.

Entre 2013 et 2018, en revanche, c'est dans le secteur commercial et public que les augmentations par-delà l'inflation sont les plus prononcées : 23,8 % et 15,6 %. Sur dix ans, la majoration au-delà de l'inflation fut surtout marquée dans le **secteur associatif (+ 31,5 %)**, ensuite dans le secteur commercial (+ 24,3 %) et enfin dans le **secteur public (+ 15,9 %)**.

En moyenne, pour 2018, le prix journalier était de l'ordre de 60 euros par jour. En secteur public, il est alors de 53 euros, soit 8 euros de moins qu'en secteur privé (61,4 - commercial ; 61,3 - associatif).

<sup>23</sup> J.-M. Rombeaux, *Évolution des prix en maison de repos en Wallonie. Essai d'analyse 1998-2018*, 10.2019. [http://www.uvcw.be/no\\_index/files/1632-2019-10-actu-jmr-evolution-des-prix-complet.pdf](http://www.uvcw.be/no_index/files/1632-2019-10-actu-jmr-evolution-des-prix-complet.pdf)

### Croissance et niveau de prix à Bruxelles

	Croissance cumulée						Niveau de prix		
	2008-2013		2013-2018		2008-2018		2008	2013	2018
	Nominale	Réelle	Nominale	Réelle	Nominale	Réelle			
Public	9,3 %	<b>0,3 %</b>	24,8 %	<b>15,6 %</b>	36,5 %	<b>15,9 %</b>	38,8	42,4	53,0
Commercial	9,4 %	<b>0,4 %</b>	33,7 %	<b>23,8 %</b>	46,3 %	<b>24,3 %</b>	42,0	45,9	61,4
Associatif	37,7 %	<b>26,3 %</b>	12,5 %	<b>4,1 %</b>	54,9 %	<b>31,5 %</b>	39,6	54,5	61,3
Tout le secteur	11,8 %	3,5 %	29,1 %	<b>19,6 %</b>	44,4 %	<b>22,6 %</b>	41,5	46,4	59,9
Indice Santé	9,0 %		8,0 %		17,7 %		126,6	138,0	149,0

Source prix : 2008 et 2013, SPF Économie  
2018 Infor-Homes

Calculs : Fédération des CPAS

Parmi les facteurs explicatifs de cette accélération peuvent être cités :

- la hausse des prix de l'immobilier et du foncier ;
- le renforcement des normes architecturales ;
- un niveau d'équipement plus élevé ;
- la montée en puissance des grands groupes vraisemblablement catalysée par la faiblesse des taux d'intérêt et la dissociation de la propriété et de la gestion ;
- une forme de *rush* lié à la « défédéralisation » complète de la régulation des prix.

Les **niveaux** atteints par les **tarifs** jouent, dans certains cas au moins, comme un **frein** lorsque l'accueil en maison de repos est envisagé. C'est un élément qui va aussi dans le sens de la non-institutionnalisation. De facto, le prix peut même fonctionner comme une **barrière à l'entrée**. Vu le tarif, des personnes restent à domicile au-delà du raisonnable, voire vont vers des SHNA, des structures d'hébergement non agréées. Le phénomène est probable à Bruxelles et pourrait d'ailleurs être à l'origine de l'étonnante baisse du nombre des résidents relevée plus haut.

Sans surprise, cette majoration des prix entraîne une **hausse des dépenses d'aide sociale des CPAS**. Au niveau wallon, des données budgétaires sur base d'un large échantillon ont été reçues du SPW Intérieur. Entre 2015 et 2019, la hausse est de 42,5 %.

#### Aide sociale pour frais d'hébergement des personnes âgées

Année	Montant total	Nombre CPAS	% CPAS
2015	7 920 593	252	99,6 %
2016	8 386 872	251	99,2 %
2017	9 065 868	249	98,4 %
2018	9 735 939	216	85,4 %
2019	11 283 148	250	98,8 %
Δ 2015-2019	42,5 %		

Source : SPW Intérieur



#### **4. DIFFERENTS PROFILS DE RESIDANTS REPUTÉS AUTONOMES**

Sylvie Carbonnelle (ULB) a mené une enquête qualitative sur les profils des résidants O et A en maison de repos. Cela ne concerne que Bruxelles et les B et C n'ont pas été étudiés. Dans cette étude, cinq grands profils ont été identifiés<sup>24</sup>.

Le premier est composé de personnes qui décident de manière volontaire d'aller en institution. Elles sont autonomes, aisées, actives et ont voulu choisir leur maison. C'est une minorité.

Dans le second groupe, les aînés vont en maison de repos par souci d'être protégés. Leur santé commence à se dégrader. Ils se sentent vulnérables et n'ont plus l'envie ainsi que l'énergie de gérer tout leur quotidien.

Le troisième profil est le plus classique. L'accueil en maison de repos découle d'une fragilité, suite à un événement de santé et par prévention des risques chez soi.

En quatrième lieu, il y a le placement de type « social ». Plus que la dépendance physique, c'est un contexte plus large articulant des aspects de santé, financiers, sociaux et parfois comportementaux qui est à l'origine de l'admission. Les personnes ont « perdu » leur logement, que ce soit du fait d'être « mis à la porte » par leur épouse, par celles et ceux qui les avaient accueillis temporairement (sœurs, copains), ou encore du fait d'une expulsion mise en œuvre par un propriétaire (non-paiement du loyer, fin de bail, etc.).

Il y a enfin dans le cinquième groupe des personnes pour qui l'entrée en maison de repos s'inscrit dans le prolongement d'un parcours institutionnel. Il s'agit de personnes « jeunes », souffrant de problèmes de santé mentale ou d'un handicap. L'entrée en maison de repos se justifie par l'absence ou le manque de place dans d'autres structures résidentielles.

Les profils 4 et 5 posent question. Est-ce que la maison de repos est la bonne solution à un problème de logement d'une part ; à des problèmes de santé mentale voire de troubles psychiatriques d'autre part ?

À notre estime, ces personnes ne devraient pas être en maison de repos et elles ne doivent pas non plus aller dans les SHNA. Pour ces deux profils, une autre réponse gagnerait à être organisée. Des MSP<sup>25</sup> revisitées pour les un(e)s, un logement social accompagné, voire supervisé pour les autres ? C'est une question sociétale à débattre.

#### **5. L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE RESTE A RENFORCER**

La majorité des aînés vit à domicile et souhaite y finir ses jours. Par humanité et dans un esprit démocratique, cette attente est à respecter au mieux. Des efforts sont déjà entrepris en ce sens. Ainsi, en Wallonie, 5 millions d'euros avaient été libérés en 2020 pour augmenter le contingent des aides familiales. En 2021, le financement des services d'aide à domicile dépendant de la COCOM devrait progresser de 5 % et l'intention est de maintenir cette norme de croissance sur le reste de la législature.

Nombre de personnes âgées ont (sur)vécu seules durant le confinement. Leur habitat n'était pas toujours adapté et ne l'est toujours pas. Il conviendrait d'instaurer une réponse structurelle aux besoins en matière de petits travaux de réparation ou d'aménagement de la maison de personnes

---

<sup>24</sup> S. Carbonnelle, *Les profils des résidents O et A\* en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives*, 6.2017. [https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport\\_oa\\_en\\_mrpa\\_2017.pdf](https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/rapport_oa_en_mrpa_2017.pdf)

<sup>25</sup> Maison de soins psychiatriques.



en perte d'autonomie. En Wallonie, il existe déjà une initiative qui va en ce sens via des ergothérapeutes financés par l'AVIQ.

Aux Pays-Bas, une entreprise de soins à domicile assez particulière est baptisée « Buurtzorg »<sup>26</sup>. Elle a adopté un modèle organisé en cercles successifs avec les personnes accompagnées au cœur du dispositif. Il part du principe que les gens veulent du contrôle sur leur vie aussi longtemps que possible, cherchent à maintenir ou améliorer leur qualité de vie, sont en quête de relations sociales et si possible chaleureuses. De plus, le patient dispose d'un réseau existant (famille, amis, voisins, partenaires, professionnels) qu'il veut maintenir et qui peut prioritairement répondre à ses besoins. Dès lors, une cartographie est construite avec les besoins de la personne et les ressources présentes dans une logique favorisant son indépendance et sa participation. Ce modèle va au-delà d'une simple volonté de suivre le patient dans son parcours de soins mais inclut déjà des dimensions liées à la qualité de vie des individus. Le « Buurtzorg » représenterait aujourd'hui 70 % des soins à domicile aux Pays-Bas.

## 6. DE LA NÉCESSITÉ DE SERVICES D'ACCUEIL ET DE SOINS AUX AÎNÉS

Garder tous les aînés à domicile n'est toutefois pas une option soutenable.

En premier lieu, la vie à domicile d'une personne âgée avec une perte d'autonomie conséquente n'est possible qu'avec le concours d'un **aidant informel**. C'est souvent le conjoint ou un enfant de genre féminin. Force est de constater que les familles sont de plus petite taille et plus éclatées qu'auparavant. On assiste également à une montée du taux d'emploi des femmes et cette progression est encouragée notamment en vue d'assurer la viabilité du modèle social dans une société vieillissante. Par ailleurs, certains sociologues parlent de « génération sandwich ». C'est une population entre 48 et 65 ans, en âge de travailler qui a souvent une activité professionnelle. Elle essaie de trouver un équilibre entre les parents âgés qui demandent de l'aide et la famille des enfants et petits-enfants qui attendent aussi du soutien<sup>27</sup>. Avec des parents qui vivent plus longtemps et des enfants qui peinent parfois à trouver un travail ou se loger, cette génération est plus sollicitée avec un risque réel **d'épuisement** physique et psychologique.

En second lieu, au plus un aîné a une **perte d'autonomie** importante, au plus l'intervention de professionnels est conséquente. Sur base de situations concrètes, des chiffres montrent que l'accompagnement à domicile devient alors **plus onéreux** tant pour la personne que pour la collectivité. Philippe Defeyt a supervisé une étude à ce sujet. En 2017<sup>28</sup>, il déclarait : « *Selon un lieu commun, le maintien à domicile serait moins onéreux que le placement en maison de repos et de soins. Or ce n'est pas toujours vrai. En fonction des parcours personnels, on peut identifier de nombreux points de rupture qui prouvent que le contraire existe également* ». Si une personne a une forte perte d'autonomie, l'attention et la vigilance à son égard requièrent une présence. Pour assurer une continuité 24 heures sur 24 dans un lieu, il faut au minimum 5 ETP. En vivant seul, c'est impayable pour le plus grand nombre.

En troisième lieu, l'accompagnement à domicile d'une **personne avec une maladie type Alzheimer** relève de la gageure quand un stade avancé est atteint. Or, leur nombre va aller croissant. Le conjoint de ces personnes est parfois en épuisement profond et certaines maisons accueillent majoritairement des aînés avec ce type d'affection.

Des acteurs de terrains soulignent également que l'accueil en maison de repos permet à des personnes **d'échapper à la solitude** ou de quitter un **logement** qui par son équipement, voire sa salubrité n'est **plus convenable**. Le développement des alternatives de soins va tempérer ce

<sup>26</sup> Iweps, *La silver économie en Wallonie : une analyse prospective*, 7.2019, p.127.  
<https://www.iweps.be/wp-content/uploads/2019/07/RR35.pdf>

<sup>27</sup> Eneo, *La génération sandwich. Quelles réalités, quel avenir ?*, 2013.

<sup>28</sup> *Le domicile ou la maison de repos. Question d'argent, Le Soir*, 28.9.2017.



motif mais leur nombre reste à ce jour modeste et leur prix n'est pas accessible à tous. De plus, l'accueil de certains aînés dans une de ces alternatives n'est pas envisageable vu leur état de santé.

À domicile, plus encore qu'en maison de repos, s'il y a un incident, une chute par exemple, il ne sera perçu que si l'aîné sait appeler où quand il y a un passage. **Le temps entre l'incident et la réponse peut être long.** Si la situation appelle une réaction rapide, les conséquences peuvent être graves. En maison de repos, la nuit, le personnel fait des rondes. Si tout le monde reste à domicile, cela requiert en cas d'incident de sortir dans certains cas passé minuit. Cela pose un problème de sécurité ; surtout quand on sait que ce personnel est essentiellement féminin.

Le maintien à domicile implique d'amener les soignants vers des habitats disséminés. Il faut une flotte de véhicules et assumer leurs frais. Au temps du soin planifié et de la réponse aux fréquents appels s'ajoute celui de **déplacements**, plus longs en ville vu l'engorgement des routes et parkings. Cela entraîne un **besoin en personnel** plus conséquent qui peut s'avérer difficile à rencontrer pour le personnel qualifié.

La Belgique connaît un sérieux problème de **mobilité**. L'intervention dans des habitats éparpillés multiplie les déplacements. Cela induit des externalités négatives en termes de congestion du réseau routier, de stationnement, de nuisances sonores et d'accidents.

Le trajet du prestataire vers le domicile se fait principalement en voiture. Plus de maintien à domicile implique une consommation d'énergie accrue dans un contexte d'épuisement de l'or noir et de réchauffement climatique. Certains dispensateurs utilisent des vélos et même des vélos électriques<sup>29</sup>. C'est une excellente chose mais elle n'est pas praticable par tout temps et en toute saison sur tout relief.

L'accompagnement à domicile doit progresser et l'autorité publique doit continuer à libérer des moyens en ce sens. En la matière, la Flandre et des pays nordiques sont en avance. Toutefois, la vie à domicile de tous à tout âge n'est pas soutenable. Elle se heurte à trois grandes limites : la disponibilité de l'aidant informel ; le coût, tant pour l'aîné que la collectivité ; le nombre croissant de personnes désorientées ou atteintes d'une affection type Alzheimer. Elle induit aussi des difficultés en termes de continuité de soins, de mobilité et consommation d'énergie. La question de la solitude dans un habitat qui n'est plus convenable n'est également point à sous-estimer.

## **7. UN BESOIN SIGNIFICATIF DE LITS DANS LE FUTUR**

Les données statistiques disponibles sur le profil des résidents ne permettent pas une prévision précise sur les besoins en lits. Cela a notamment été pointé par Philippe Defeyt<sup>30</sup>.

Dans ce contexte, une approche par scénario permet quand même de baliser le débat. Deux seront abordés. Le premier est maximaliste et conservateur. Il suppose que la structure par âge de la population des maisons de repos reste inchangée. Il est clair que ce ne sera pas la réalité mais cela donne une borne supérieure. Le second est optimiste et volontariste. Deux tiers des nouveaux lits liés au facteur démographique ne seront pas nécessaires en raison :

- de la capacité vide découlant de la mortalité pendant la crise COVID ;
- du développement des services à domiciles ;
- de la montée en puissance des alternatives à la maison de repos.

---

<sup>29</sup> 24h... avec Thierry Guillaume, artisan de soins, *Alter Echo*, 10.2019.

<sup>30</sup> *Besoins en lits dans les maisons de repos wallonnes : Les ministres n'ont aucune idée de l'ampleur de la pénurie*, *La Libre*, 18.7.2018.

Comme il n'y a plus de données sur le nombre de résidents par catégorie d'âge à Bruxelles, cette approche n'est possible qu'en Wallonie sur base des statistiques de décembre 2017 de l'AVIQ. Les chiffres de résidents ont été ajustés vu qu'ils ne représentaient que 94 % des lits et un taux d'occupation de 95 % a été postulé pour l'avenir.

Wallonie 2017	Résidents		Population	Résident en % population
	Rapport annuel	100 % lits		
< 60	951	1 011	2 681 367	0,04 %
60 - 64	1 193	1 269	219 199	0,58 %
65 - 69	2 155	2 292	201 204	1,14 %
70 - 74	2 805	2 983	142 022	2,10 %
75 - 79	4 077	4 336	109 079	3,98 %
80 - 84	7 669	8 156	90 673	9,00 %
85 - 89	12 063	12 830	61 936	20,71 %
90 - 94	9 308	9 900	26 135	37,88 %
95 - 99	3 123	3 322	5 404	61,46 %
100 et +	309	329	534	61,54 %
Résidents	43 653	46 428		
Lits	46 144	49 077		

	Aînés en maison de repos	Population		
		2025	2030	2040
<60	0,04 %	2 648 035	2 633 031	2 621 739
60 -64	0,61 %	235 729	228 004	211 299
65 - 69	1,20 %	213 751	221 807	215 657
70 - 74	2,22 %	184 051	197 042	200 480
75 - 79	4,20 %	154 800	163 646	186 669
80 - 84	9,51 %	86 115	127 221	150 389
85 - 89	21,90 %	60 193	59 573	98 864
90 - 94	40,04 %	28 924	29 763	47 618
95 - 99	64,97 %	7 441	8 294	9 648
100 et +	65,06 %	872	1 058	1 370
		2025	2030	2040
Résidents		54 015	59 503	79 405
Taux occupation		95 %	95 %	95 %
Lits		56 858	62 635	83 584

Avec le scénario optimiste, le besoin de lits serait de :

- 2 594 à horizon de 5 ans,
- 4 519 à horizon de 10 ans,
- 11 502 à horizon de 20 ans.

	2025	2030	2040
Scénario conservateur	7 781	13 558	34 507
100 %			
Scénario optimiste	2 594	4.519	11.502
33,3 %			



Même avec des hypothèses volontaristes, le facteur démographique requerra l'ouverture d'un nombre conséquent de lits. Il paraît dès lors improbable de se passer des maisons de repos.

Par ailleurs, en 2019, il y avait 37 426 travailleurs pour 46 652 résidants, soit 0,8 personne par résidant. Si on applique ce rapport au nombre de lits estimé, dans l'hypothèse du scénario optimiste, on aboutit à une création d'emplois de :

- 2 081 à horizon de 5 ans ;
- 3 626 à horizon de 10 ans ;
- 9 227 à horizon de 20 ans.

## **8. CHANGER DE L'INTERIEUR - L'ENJEU CULTUREL**

*« They sentenced me for twenty years of boredom for trying to change the system from within »  
(Leonard Cohen, First we take Manhattan)*

Avant le COVID, le contexte budgétaire régional n'était déjà pas simple. Celui post COVID va être encore plus compliqué. Il faudra d'abord faire avec ce que l'on a et continuer à améliorer la qualité dans l'accompagnement des personnes âgées.

### **8.1. La question des plaintes et du relationnel**

Tant à Bruxelles qu'en Wallonie, les plaintes peuvent être déclarées à la Région. Une statistique a été tenue en Wallonie jusque 2017 et a disparu depuis. À noter toutefois qu'il existe encore aujourd'hui un certain « tabou », une forme d'autocensure à l'égard de ces plaintes. Les chiffres ci-dessous ne sont donc pas exhaustifs et c'est surtout les pourcentages qui sont significatifs.

#### ***Plaintes enregistrées à l'AVIQ en 2017 - Les 4 principaux griefs***

Les soins	55	22 %
Le personnel et l'organisation du travail	41	17 %
La négligence, maltraitance ou harcèlement	35	14 %
L'alimentation	27	11 %
Total général	246	100 %

Le premier motif de plaintes était les soins (22 %). Le personnel et l'organisation du travail venaient en deuxième place (17 %). La négligence, la maltraitance ou le harcèlement occupaient le troisième rang (14 %). Les deuxième et troisième motifs sont clairement liés au relationnel et le premier en partie au moins. Des carences en personnel sont vraisemblablement derrière ces chiffres.

### **8.2. La question de la parole**

*« Parle avec elle » (Pedro Almodovar)*

Psychologue à l'ULG, Stéphane Adam a fait état du trop peu de paroles du personnel à l'endroit des résidants. Recontacté, il a précisé sa pensée et communiqué ses références<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Courriel du 12.5.2020 de S. Adam. Nous l'en remercions.

Une étude de Joesse, en 2011, a consisté à mesurer le niveau de bruit présent dans 3 ou 4 institutions aux USA<sup>32</sup>. Globalement, le niveau de bruit est bien au-dessus de la norme. Joesse a alors essayé d'identifier les sources principales de cette production sonore. Il montre sur base des observations régulières que 26 % du bruit produit est lié aux verbalisations des professionnels. Dans ces 26 %, seul 3 % sont orientés vers les résidents. Le reste est dirigé vers des collègues. Cela implique qu'environ 11,5 % des productions sonores totales enregistrées sont destinées aux résidents.

Dans une autre étude, Burgio et al.<sup>33</sup> ont fait des observations de professionnels soignants dans une structure à nouveau aux USA. Elles ont été menées durant cinq jours par semaine. Sur l'ensemble des observations, 10,7 % correspondent à un échange avec un résident. Il y a nettement plus d'observations d'interactions verbales entre collègues. Sur le fond, quand ils analysent le contenu des échanges verbaux du professionnel vers le résident, ils constatent que seulement 2,5 % sont des échanges négatifs (reproches, critiques ou autres), 2 % des échanges positifs (de type relationnel, approbation, compliment), 48 % sont des échanges neutres et fonctionnels concernant par exemple la pluie, le beau temps, les soins, etc. Ils n'ont pas pu déterminer la nature du reste des échanges.

De ces deux études, certes américaines, il ressort un manque d'interactions verbales et relationnelles avec les résidents. Stéphane Adam estime, à juste titre, que plus de relationnel augmente la qualité de vie des résidents, diminue les affects négatifs tels que la dépression ou l'anxiété mais aussi l'agressivité.

Il pense que cet état de fait découle du contexte institutionnel et organisationnel, mais aussi de la formation de base. Celle-ci est centrée sur l'apprentissage des actes techniques et des savoirs. Or, sur le terrain, s'il faut appliquer des savoirs et des techniques, une large partie de du temps de travail est consacrée à communiquer à un résident, à un de ses proches ou à un collègue. Cette dimension liée à la communication est trop peu présente dans le cursus initial même si une évolution positive est à l'œuvre via la formation continuée.

### **8.3. Liberté individuelle et vie communautaire - Respect, bienveillance et implication**

Une désinstitutionnalisation de l'intérieur peut être visée.

Dans une maison de repos, il y a des tensions et une balance entre des principes et valeurs. D'un côté, la chambre est le domicile du résident et la plus grande liberté doit lui être laissée. Cette liberté est consacrée dans les normes et le règlement d'ordre intérieur. De l'autre, la maison de repos constitue un lieu de vie collectif avec des impératifs de vie communautaire qui valent pour tous. Par ailleurs, la maison de repos a une responsabilité à l'endroit des résidents. Cela pose notamment la question de la prise de risque individuelle qui est acceptée et donne lieu au quotidien à de vifs débats.

Toute maison de repos doit avoir un projet de vie et une politique de qualité. Ce sont des leviers de désinstitutionnalisation s'ils influent réellement l'activité au jour le jour. Il est beaucoup question du modèle suédois « Tubbe ». Il y a quelques années, on parlait souvent « d'humanité ». Certains s'inspirent de la méthode Montessori. Ce qui compte fondamentalement, c'est la culture de travail impulsée par le directeur et vécue par l'ensemble de l'équipe. La place du résident doit être la plus centrale possible. À son endroit, il faut un esprit de respect et de bienveillance. Autant que faire se peut, il convient de favoriser sa liberté de choix et l'impliquer dans les décisions du quotidien. C'est notamment possible au travers du projet de vie individuel avec ce qu'il implique

---

<sup>32</sup> Joesse L.L., *Sound levels in nursing Home*, J Gerontol Nurs, 37(8), 2011, p. 30-35.

<sup>33</sup> Burgio et al., *Descriptive analysis of nursing staff behaviors in a teaching nursing home*, *The Gerontological Society of America*, 30(1), 1990, p. 107-112.



comme prise de risque. Ce l'est également par une réflexion sur un projet de soins personnalisé et anticipé (PSPA).

#### 8.4. Les groupes de vie

Au sein d'une grande maison de repos, il est possible d'avoir différents groupes de vie, un peu comme une ville peut avoir plusieurs quartiers. C'est une façon de concilier les avantages économiques de la taille tout en gardant une plus grande humanité et proximité. À notre connaissance, cette approche s'est plutôt développée pour l'accompagnement de personnes atteintes d'une maladie type Alzheimer.

En Flandre orientale, la maison de repos Saint-Bernard à Assenede s'inscrit dans cette perspective pour l'ensemble de ses résidents<sup>34</sup>. C'est une résidence de 96 lits où les aînés vivent en 12 groupes de 8 personnes chacun. L'objectif est d'offrir aux personnes âgées un logement dans un environnement familial, agréable et reconnaissable. Chaque groupe de vie a un hall d'entrée, un salon, une cuisine équipée et une salle de soins individuels.

Le mode de vie dans chacun des groupes est de type familial. Les résidents mangent ensemble et regardent la télévision ensemble. Ils peuvent contribuer à faire le ménage et nourrir les oiseaux. Des activités sont organisées par groupe en fonction des choix des personnes elles-mêmes. Ce type de dynamique favorise les contacts sociaux. À notre estime, elle suppose toutefois une certaine compatibilité interpersonnelle entre les membres de chaque groupe.

Les ergothérapeutes et animateurs déploient aussi des activités où les aînés des différents groupes peuvent aller et ainsi « s'éloigner » de chez eux. Les personnes dépendantes d'une affection type Alzheimer vivent avec les autres résidents.

Le prix par jour est de 64,7 euros pour une moyenne en Flandre qui était de 59 en 2019<sup>35</sup>.

Cette résidence n'a pas été touchée par le COVID et chaque groupe a de facto fonctionné comme une bulle. Selon la direction, en cas de grippe ou d'infections intestinales, la contamination passe rapidement par le couloir dans de nombreuses maisons de repos et le fonctionnement en petits groupes de vie permettrait de mieux contrôler la situation<sup>36</sup>.

#### 8.5. L'ancrage social

La maison de repos est un lieu de vie. Elle a donc vocation à être ouverte à l'extérieur sans préjudice de mesures de sécurité. En la matière, il est notamment pensé au(x) comportement(s) fugueur(s) des personnes atteintes d'une affection type Alzheimer mais aussi, aux vols qui se déroulent parfois avec violence. Un autre levier pour sortir de l'institutionnalisation est d'ancrer encore plus qu'aujourd'hui la maison de repos dans le quartier.

Dans l'absolu, cela peut se faire de façon bilatérale. Avoir davantage de sorties des résidents mais aussi d'activités du quartier dans la maison. À titre illustratif, pourquoi une chorale ne répéterait-elle pas dans la maison de repos de sorte que les résidents qui en étaient auparavant membres puissent encore y participer, s'interrogeait récemment Anja Declercq (KUL)<sup>37</sup>. Il existe également l'idée plus ambitieuse de prestataires de la maison de repos qui dispensent des soins dans le quartier. Intellectuellement intéressante, elle est à ce jour utopiste au sens positif du

<sup>34</sup> <https://www.wzcsintbernardus.be/nl/woon-en-zorgaanbod/6-Woonzorgcentrum>

<sup>35</sup> <https://www.zorg-en-gezondheid.be/dagprijzen>

<sup>36</sup> *Woonzorgcentrum in Assenede werkt al jaren met 'bubbels' en dat loont : We hebben geen coronabesmettingen*, VRT, 14.5.2020.

<sup>37</sup> <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2020/05/14/woonzorgcentrum-in-bassevelde-wij-hebben-geen-coronabesmetting/>

<sup>37</sup> *Het wzc van de toekomst: kleiner, gezelliger en ingebed in de buurt*, *De Standaard*, 3.7.2020. [https://m.standaard.be/cnt/dmf20200702\\_97516488](https://m.standaard.be/cnt/dmf20200702_97516488)

terme. En effet, les maisons de repos peinent déjà à s'en sortir avec leurs normes actuelles (cf. infra). Un premier pas pourrait être d'avoir un financement suffisant pour le personnel de la maison de repos qui irait prester dans une résidence-services adjacente du même pouvoir organisateur.

## 9. LA QUESTION DES ALTERNATIVES

« Changeons de voie » (Edgard Morin)

Il existe d'ores et déjà une série d'habitats qui peuvent constituer, dans une certaine mesure, une alternative à la maison de repos. Il n'y pas un modèle idéal mais un champ de possible. Il ne faut pas penser les alternatives en termes de vaisseau amiral mais de flotte, voire flottille, tout en reconnaissant l'opportunité des navires actuels.

### 9.1. La résidence-services et le centre de soins de jour<sup>38</sup>

La résidence-services et le centre de soins de jour sont deux alternatives « classiques ». En Wallonie, elles sont agréées depuis plus de 20 ans.

#### 9.1.1. La résidence-services

La résidence-services offre des logements permettant de mener une vie indépendante et des services auxquels il peut être fait librement appel.

Dans la législation wallonne<sup>39</sup>, la résidence-services sociale est un établissement, construit en tant que logement social par un pouvoir local, une régie autonome ou une société de logement de service public et dont la gestion est assurée par un organisme demandeur.

Les logements d'une résidence-services sociale sont destinés à des ménages âgés en état de précarité ou disposant de revenus modestes au sens du Code wallon du Logement<sup>40</sup> tout en respectant toutes les normes d'une simple résidence-services.

Cette formule reste modérément développée. Si l'on a près de 50 000 lits de maison de repos en Wallonie, il n'y avait que 3 654 logements dans 170 résidences-services en 2019<sup>41</sup>. À Bruxelles, 32 résidences-services disposaient de 1 716 logements en 2018<sup>42</sup>.

Par ailleurs, la résidence-services peut être aussi, voire même plus, coûteuse qu'une maison de repos en offrant moins de services. C'est le cas du secteur commercial en Wallonie. En 2017, en moyenne, par jour, le loyer résidence-services s'y élevait à 55,2 (1 655/30) euros. Dans ce même secteur, le prix de base journalier s'élevait à 51,7 euros en maison de repos. C'est un argument pour développer des résidences-services sociales.

#### **Loyer mensuel minimum, maximum, médian et moyen d'un logement de résidence-services par secteur d'activité, Wallonie, 2017**

Prix mensuel	Commercial	Associatif	Public
Minimum	967	534	562
Maximum	3 134	2 447	1 579
Médian	1 500	1 200	999
Moyen	1 655	1 226	1 008

Source : AVIQ

<sup>38</sup> CWASS, art. 334.

<sup>39</sup> CWASS, art. 404, 2°/1.

<sup>40</sup> CWASS, art. 404, 2°/1.

<sup>41</sup> Il n'y a pas de statistiques sur les résidences-services sociales.

<sup>42</sup> Situation de l'offre d'hébergement 2018 - Infor-Homes Asbl.



### 9.1.2. Les centres de soins de jour

Les centres de soins de jour accueillent en journée, des personnes âgées fortement dépendantes et leur délivrent des soins de santé. Ils apportent ainsi un appui à leur vie à domicile. Ils restent en nombre limité car cette activité est nettement déficitaire. En 2019, en Wallonie, 44 centres de soins de jours comptaient un total de 447 places<sup>43</sup>. À Bruxelles, 8 centres de soins de jour proposent 142 places<sup>44</sup>. Le coût d'une journée en centre d'accueil de jour avoisine les 20 euros en Wallonie, coût qui pour l'aîné s'ajoute aux charges et frais du logement que la personne continue d'habiter et de ses soins à domicile. À Bruxelles, il est en moyenne de 19,45 euros<sup>45</sup>.

#### **Prix journalier moyen, prix minimum et prix maximum journalier de l'accueil en centre de jour par secteur d'activité, Wallonie, 2017**

Secteur d'activité	Prix moyen	Prix minimum	Prix maximum
Commercial	20,5	14,0	31,0
Associatif	21,0	12,0	40,8
Public	17,1	12,0	32,7

Source : AVIQ

## 9.2. Quatre autres alternatives avec logement

Sans prétendre à l'exhaustivité, quatre autres alternatives possibles seront évoquées.

### 9.2.1. L'habitat groupé

Diverses formes d'habitats groupés se développent. Ainsi, depuis 1981, à Woluwe-Saint-Lambert, l'antenne Andromède<sup>46</sup> offre un hébergement à des personnes âgées qui souhaitent trouver une solution à leur problème de solitude ou de perte d'autonomie tout en gardant leur autonomie. Le CPAS propose six domiciles collectifs où les habitants vivent par petite unité de cinq personnes. Elles y reçoivent les soins et l'aide à domicile adaptés à leurs besoins, participent aux activités de la vie quotidienne et socioculturelle. Elles sont aussi accompagnées sur le plan psychosocial.

### 9.2.2. Les maisons kangourou

Différents acteurs ont développé des maisons kangourou. Le CPAS de Molenbeek-Saint-Jean dispose ainsi de deux habitations de ce type. Collectives et intergénérationnelles, elles regroupent chacune quatre personnes de plus de 60 ans et une famille monoparentale ayant maximum deux enfants à charge.

Un assistant social coordonne les deux maisons et est disponible pour la mise en place d'un éventuel réseau d'aide à domicile en collaboration avec les personnes âgées.

<sup>43</sup> Chiffres AVIQ, 12.2019.

<sup>44</sup> Données Iriscare, PR 2018-2019.

<sup>45</sup> Moyenne calculé sur base des facturations Iriscare pour la période référence 2018-2019 et des prix renseignés par l'Association pour la Promotion des Centres de Soins de Jour Asbl ainsi que ceux du centre qui n'est pas membre de cette association.

<sup>46</sup> <http://www.cpas1200.be/Antenne-Andromede>. La participation financière mensuelle à verser au CPAS [1] est de 350 € + un supplément de 8,80 € qui couvre forfaitairement :

- le personnel d'accompagnement interdisciplinaire ;
- les aide-ménagères sociaux ;
- les aides-familiaux pour l'accompagnement individuel et de groupe ;
- les communications téléphoniques au départ du téléphone fixe du salon.



Les finalités visées par le projet sont orientées vers la préservation de la qualité de vie, l'indépendance et l'autonomie de la personne âgée en essayant de :

- rompre avec l'isolement social de la personne âgée ;
- offrir un espace favorisant le lien social ;
- encourager la multiculturalité.

Ce logement est une alternative intéressante à la maison de repos pour les personnes qui se sentent seules ou en insécurité à domicile, ou celles pour qui un accompagnement quotidien devient nécessaire.

Ce type de formule ne devrait toutefois pas entraîner une perte de droit social pour un des habitants<sup>47</sup>.

### 9.2.3. *Les Marpa en France*

En France, la formule des MARPA (Maisons d'Accueil rurales pour Personnes âgées) se déploie. Il s'agit de petites résidences de moins de 25 résidents avec de véritables logements individuels et le recours aux services de soins et d'aide à domicile locaux. Les logements sont de plain-pied et accessibles pour les fauteuils roulants. Ils comportent une entrée privée, un coin cuisine et salle de bains avec toilettes. Leur surface est de 46 m<sup>2</sup> pour les couples et 32 m<sup>2</sup> pour les personnes seules. Une charte reprend une série de principes de vie partagés. Le loyer et les charges d'un logement sont à partir de 900 euros. Les prestations de repas et de buanderie sont facultatives.

### 9.2.4. *La piste des résidences-services et de soins*

La piste de la résidence-services et de soins avancée par Philippe Defeyt avec d'autres<sup>48</sup> est pertinente et stimulante. L'idée est d'avoir un dispositif qui combine des traits d'une maison de repos et d'une résidence-services classiques. Des personnes en perte d'autonomie restent déjà en résidences-services quand elles deviennent dépendantes et reçoivent alors des soins à domicile. Cette proposition devrait être réfléchie en tranchant préalablement au moins trois nœuds<sup>49</sup> :

- en matière de soins, reste-t-on sur la nomenclature fédérale ou mobilise-t-on un forfait régional comme en maison de repos ?
- le coût du logement est-il assumé par la personne âgée comme pour n'importe quel autre logement ou y-a-t-il une subvention à l'investissement ?
- ces résidences-services peuvent-elles être gérées par tout opérateur ou uniquement un acteur non marchand ?

## 9.3. **Maisons communautaires, centre local de services, maisons de quartiers**

L'accompagnement à domicile renvoie à un problème en termes de soins, mais aussi d'isolement social. Une étude de la Fondation Roi Baudouin avait montré que parmi les Belges de 65 ans et

---

<sup>47</sup> Pour mémoire, en Wallonie, les expériences d'accueil familial ont buté sur le fait qu'un des habitants était allocataire social et passait du statut d'isolé à celui de cohabitant.

<sup>48</sup> V. Charlot, C. Guffens, P. Defeyt, A. Legros, J. Pincé, *L'accueil des seniors au XXI<sup>e</sup> siècle*, *Le Soir*, 28.6.2019.

<sup>49</sup> J.-M. Rombeaux, *La résidences-services et de soins va-t-elle succéder à la maisons de repos ?*, *Le Vif*, 22.7.2019.



plus, un sur deux éprouve un sentiment de solitude<sup>50</sup>. La crise du COVID a mis une nouvelle fois en lumière l'isolement social d'une frange des personnes âgées.

En Wallonie, une maison communautaire est un lieu de vie où est proposé en journée à des aînés, régulièrement et en groupe, la possibilité d'un accueil, de rencontre de personnes de même génération, de contacts avec des personnes d'un autre âge, d'activités participatives diverses, d'échanges, de moments de convivialité<sup>51</sup>. Plusieurs maisons de ce type furent lancées dans les années septante à La Louvière par Nadine Hurez et continuent à rencontrer un franc succès.

En Flandre, le centre local de services est une structure ayant comme mission d'offrir aux usagers :

- des activités de nature informative, éducatrice et récréative générale, afin de renforcer chez les usagers leur autonomie et leur réseau social, en concertation avec les associations locales et les organisations offrant des activités similaires ;
- de l'aide aux activités de la vie quotidienne<sup>52</sup>.

Au niveau de Bruxelles-Ville, des maisons de quartier ont été développées et sont directement inspirées du modèle du centre local de services. L'objectif des maisons de quartier est d'offrir aux personnes concernées un lieu convivial où ceux qui en font la demande pourront résoudre leurs problèmes sociaux, participer à des ateliers et à des activités, rencontrer d'autres personnes et vivre un moment de partage. Elles visent à lutter contre l'isolement et la solitude des personnes fragilisées : les personnes isolées, les personnes défavorisées, les chômeurs, les personnes âgées, les personnes moins valides. Ce sont des espaces d'accueil et de loisirs qui proposent aux habitants des actions sociales, des services de proximité et des activités socioculturelles.

En répondant à l'isolement social, ce type d'initiative peut aider à retarder voire éviter le changement du lieu de vie.

La Fédération des CPAS plaide de longue date pour le développement d'une formule de ce type dans chaque commune à l'instar de ce qui existe déjà en Flandre.

## **10. L'AVANT ET L'APRES COVID 19 DES MAISONS DE REPOS**

*« Le bacille de la peste ne meurt ni ne disparaît jamais.  
Il peut rester pendant des dizaines d'années endormi dans les meubles et le linge »  
(Albert Camus, La Peste)*

Le 12 novembre 2019, le COVID-19 n'était pas sur les radars même si l'on sait maintenant que le virus circulait déjà à l'époque en Lombardie<sup>53</sup>. Parler du futur des maisons de repos en faisant fi de ce virus et plus généralement du risque de nouvelle épidémie est dorénavant inconcevable. Quelques premières réflexions seront avancées en ce sens.

### **10.1. Des enjeux d'avant le COVID subsistent et sont à réaffirmer**

Trois enjeux d'avant le COVID et portés par la Fédération des CPAS sont à réaffirmer avec force et clarté.

---

<sup>50</sup> Fondation Roi Baudouin, *Viellir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, 2012.

<sup>51</sup> Annexe 39 du CRWASS.

<sup>52</sup> Décr. du 13.3.2009 sur les soins et le logement, art. 16.

<sup>53</sup> *L'examen de conscience sur la crise sanitaire*, *Le Soir*, 3.7.2020.

### 10.1.1. Des normes trop basses et pas assez de lits MRS

Les normes de personnel de soins financées ne permettent pas encore d'avoir des conditions de vie et de travail de qualité. Il faut disposer d'une part importante de personnel au-delà des normes pour fonctionner. En 2019, l'écart étant de 31 % en Wallonie et 40 % à Bruxelles. Ce personnel complémentaire à la norme est financé via le prix de journée. L'écart est plus marqué dans le secteur public et moins dans le secteur commercial. Le niveau plus élevé, à Bruxelles, du personnel au-dessus des normes découle de la présence plus importante de résidents O pour lesquels le personnel requis est faible.

#### **Écart par rapport à la norme de personnel de soins**

	Wallonie	Bruxelles
ASBL	32 %	40 %
Prive	21 %	29 %
Public	43 %	61 %
Total général	31 %	39 %

Sources : Iriscare et AVIQ

Calculs : Fédération des CPAS

En Wallonie, il y avait 10 260 B et C dans des maisons de repos en 2019. À Bruxelles, ils étaient 2 953. Ces personnes devraient être dans des places de maisons de repos et de soins.

S'il y a reconversion de lits MR en lits MRS, les résidents B et C sont mieux accompagnés car les normes des maisons de repos et de soins sont plus élevées que celles des simples MR. Par exemple, pour un C, elles sont de 12,8 ETP par 30 aînés en MRS, contre 9,45 en MR.

Il en découlerait une hausse du personnel de soins au bénéfice des personnes physiquement les plus vulnérables. Cette augmentation devrait aider à mieux faire face aux besoins du quotidien et à des épisodes tels que celui qui a été vécu. Elle implique un renforcement de la fonction de soins mais ne doit pas conduire à faire de la maison de repos un petit hôpital. La maison de repos doit rester un lieu de vie avec des soins.

### 10.1.2. L'enjeu de la nutrition - Logopède et diététicien notamment

#### a) Dénutrition

Dans une enquête menée en 2013 dans les maisons de repos belges<sup>54</sup>, 49 % des personnes âgées de plus de 70 ans présentaient un risque réel de dénutrition. En outre, 14 % des sondés étaient effectivement en état de dénutrition.

#### b) Logopède

Si besoin en était, la crise du COVID 19 a rappelé l'intérêt de l'intervention d'un **logopède**.

Les prestations de logopédie sont couvertes sans financement par le forfait, l'intervention pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière dorénavant payée par l'AVIQ ou Iriscare. Or, ces prestations se sont considérablement développées et bonifiées au cours des dernières années.

<sup>54</sup> F. Maurits, J. Vandewoude et al., *The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study*, *Aging Clin Exp Res*, 4.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6373383/>



Une étude inter-universitaire<sup>55</sup> dans les maisons de repos belges avait conclu que : « *La prévalence de la dénutrition et du risque de dénutrition dans les MRS/MRPA belges est élevée (...) De manière générale, les résidents dénutris ou à risque de dénutrition sont le plus souvent : âgés, féminins, vivant en MRS, présentant des troubles cognitifs et de la déglutition (...)* ». Cette même étude constatait que 30 % des résidents ont un problème de déglutition.

Une thérapie de la déglutition par un logopède est une réponse dans ce type de situation. Le bilan de déglutition permet notamment d'adapter l'alimentation des personnes afin d'éviter qu'elle ne devienne un danger pour elles-mêmes.

Par ailleurs, le logopède peut contribuer à stimuler le résident à manger en collaboration avec le kinésithérapeute et la diététicienne, l'un étant attentif à la posture, l'autre aux textures alimentaires adaptées aux résidents. C'est notamment utile avec des personnes atteintes d'une maladie type Alzheimer.

### c) Diététicien

L'action d'un **diététicien** influence positivement la nutrition en maison de repos. Cela s'est aussi observé dans la crise du COVID. Dans nombre de résidences confinées, des pertes d'appétit ont été observées indépendamment du syndrome de glissement. Les conséquences de ces pertes étaient redoutées et des stratégies appropriées ont été développées avec des diététiciens.

À titre illustratif, le Dr Patricia Kirkove, Médecin coordinateur et Adjointe à la direction médicale de l'hôpital Saint-Pierre nous a communiqué la stratégie nutritionnelle pratiquée durant la crise COVID au sein de la Maison Vésale<sup>56</sup>.

Elle a été définie sur base des recommandations de la SFNEP<sup>57</sup> et de la diététicienne, Mme Verdin. Elle fut particulièrement appliquée dans l'unité COVID. Dans ce type d'unité, les soignants constataient que la dénutrition est un facteur qui aggrave sérieusement le risque d'une évolution défavorable de la maladie. Il a fallu s'adapter à l'âge, la polyopathie des résidents et à la réalité de personnes âgées avec une maladie type Alzheimer, pour lesquelles l'alimentation entérale n'est pas conseillée. La volonté était aussi de ne pas s'acharner thérapeutiquement. Les propositions suivantes furent retenues :

- mobilisation autant que possible pour éviter les escarres ;
- compléments nutritionnels oraux de 1 à 3 par jour en fonction des ingestas<sup>58</sup>. Les équipes en place donnent le complément si le résident mange moins de 3 tartines au matin, moins de 4 tartines le soir et moins de 80% de l'assiette à midi ;
- hydratation démultipliée. Au lieu des 8 verres d'eau recommandés, il fut décidé de passer à 12, d'envisager le baxter et d'échanger avec les médecins traitant en cas de diarrhée, vomissements, etc.

Cette hydratation est d'autant plus importante à la suite de l'insuffisance rénale que peut provoquer la complémentation alimentaire.

<sup>55</sup> Dr. M. Gobert, Dr. T. Defloor, B. Geurden et al., *Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA - MRS*, SPF Santé publique, 1.2011, p. 104.

<sup>56</sup> Cette MR du CPAS de Bruxelles a pour vocation d'accueillir des personnes qui présentent une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, en les considérant comme des citoyens dont l'avis compte.  
<http://www.maisonvesale.be/fr/>

<sup>57</sup> SFNEP, *La nutrition clinique face au COVID-19 : 20 fiches pratiques pour mieux nourrir les patients infectés sans oublier les autres*, 2020.

<https://www.sfnm.org/pratiques-et-recommandations/recommandations/fiches-COVID-19>. Les fiches 14 et 20 concernent en pratique les MRS (ndlr : la notion de MRS n'existe pas stricto sensu en France).

<sup>58</sup> Matières alimentaires introduites dans l'organisme.

### 10.1.3. L'accompagnement des personnes atteintes de démence - Personnes de référence et personnel de réactivation

La personne de référence pour la démence exerce une fonction de conseil, de sensibilisation et de suggestion<sup>59</sup>. Actuellement, elle est financée à mi-temps à partir de 25 Cd et/ou D. Il conviendrait que ce soit minimum un temps plein à partir de 50 Cd et/ou D.

Les résidents avec une affection type Alzheimer ont dans les premiers temps de leur maladie besoin de plus de personnel de réactivation<sup>60</sup> et moins de personnel de nursing. Le personnel de réactivation est défini dans la réglementation des maisons de repos. Il s'agit notamment de logopèdes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, éducateurs et psychologues.

Pour rencontrer cette réalité, une catégorie D a été créée en maison de repos. Elle a été également prévue en maison de repos et de soins mais n'a pas été concrétisée. Il conviendrait de remédier à cette lacune.

### 10.1.4. Quelques premières réflexions pour l'après COVID.

« *Many rivers to cross. And it's only my will that keeps me alive* » (Jimmy Cliff, *Many rivers to cross*)

Sur base des échanges multiples avec le terrain, une série de premières réflexions pour l'après COVID des maisons de repos peuvent être formulées.

En 1967, un incendie ravagea l'Innovation à Bruxelles. Le tribut en vies humaines fut lourd. Pour la protection incendie, il y a eu un avant et un après Innovation. En maison de repos, le personnel y est formé régulièrement. Il y a des parois coupe-feu, des détecteurs et des extincteurs. Des exercices d'évacuation sont organisés... En maison de repos, il faut un avant et un après COVID. Les leçons doivent être tirées.

Dès le 17 mars, le secteur des maisons de repos avait demandé une priorité tant au niveau du matériel de protection que de testing vu la vulnérabilité et la comorbidité des résidents. Beaucoup a été fait mais avec retard<sup>61</sup> : près d'un mois a été perdu. Dans un contexte de guerre sanitaire, la pénurie a conduit à une forme de rationnement au détriment des maisons de repos. L'absentéisme y explosa dans un climat de sauve-qui-peut. Le personnel fidèle au poste est allé au feu, sans protection. Les contaminations croisées ont alors pullulé, particulièrement là où les résidents étaient désorientés. Une personne âgée qui meurt, c'est une bibliothèque qui brûle. Trop de beaux livres sont tristement partis en fumée.

Dans la crise des maisons de repos, l'erreur originelle et collective fut de laisser le secteur sans matériel de protection et sans capacité de testing. Ses conséquences sont horribles. Par priorité, il importe de prévenir à l'avenir pareille double carence.

---

<sup>59</sup> Circ. Inami 6.8.2012.

<sup>60</sup> Le personnel de réactivation est listé dans l'AM du 6.11.2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'art. 37, § 12, de la L. rel. à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.7.1994.

<sup>61</sup> Ce n'est que le 8.4.2020 que fut prise la décision de tester en maison de repos.

[https://www.avcb-vsqb.be/fr/COVID-19-communiqua-de-presse-confa-rence-interministra-rielle-santa-publique-tester-de-mania-re-a-tendue-dans-toutes-les-maisons-de-repos-belges.html?news\\_id=7042&cmp\\_id=7](https://www.avcb-vsqb.be/fr/COVID-19-communiqua-de-presse-confa-rence-interministra-rielle-santa-publique-tester-de-mania-re-a-tendue-dans-toutes-les-maisons-de-repos-belges.html?news_id=7042&cmp_id=7)



### 10.1.5. Le matériel de protection - Un stock suffisant et un usage à bon escient

Les maisons de repos doivent être mieux armées pour faire face à un possible rebond ou une nouvelle épidémie. À cette fin, il convient notamment de :

- disposer d'un stock de matériel de protection tant au niveau macro (fédéral ou régional) que micro (maison de repos) ;
- former le personnel à l'usage des masques et l'équipe de direction à l'organisation d'un cohortage ainsi qu'à la gestion de crise ;
- collaborer avec une infirmière hygiéniste et avoir une infirmière référente en hygiène dans la maison même ;
- avoir partout un médecin coordinateur.

Vu la rotation au sein du personnel, une formation annuelle à l'usage des masques et au cohortage est plus que souhaitable.

Il y a eu beaucoup de confusion autour du port du masque. Elle a été source d'incompréhension et a érodé la crédibilité des directions vu que les consignes changeaient avec le déblocage du matériel. À l'avenir, des consignes « durables » sont souhaitables.

La question de la conformité du matériel se pose également. Une quantité significative du matériel reçu s'est avéré non conforme. Comment assurer la communication et la transparence quant à la conformité du matériel ? Via une liste du SPF Économie qui reprend les lots de masques FFP2 ou KN95 non conformes qui se trouvent sur le marché belge ? Ces questions sont d'autant plus pertinentes que les maisons de repos ne seront plus livrées en matériel de protection par les Régions. C'est ainsi le cas à partir du 1<sup>er</sup> juillet à Bruxelles. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la Fédération des CPAS appuie l'idée d'une centrale d'achats au niveau d'Iriscare.

Les médecins coordinateurs ont presté bien au-delà des 2h20 par semaine réglementairement prévues, par tranche de 30 lits MRS. En 2010 déjà, un groupe de travail pluriel proposait comme point de départ pour le financement de ce médecin une intervention de base de 4 heures par semaine, indépendamment de la taille de l'établissement. Ces 4 heures étaient supposées couvrir l'activité pour les 50 premiers lits. Il était alors suggéré d'ajouter 2h30 par tranche de 30 lits supplémentaires, MR ou MRS<sup>62</sup>.

### 10.1.6. Une nécessaire stratégie de testing

Un testing précoce semble avoir joué un rôle clé dans la diffusion plus tempérée du virus en Allemagne et en Corée du Sud. Le testing a aussi joué un rôle en termes de « réassurance » du personnel. A contrario, en Belgique, la définition des personnes pouvant être testées a été étroite dans un premier temps en raison du manque de matériel de testing et de protection.

En cas de rebond ou de nouvelle épidémie, il faut, le plus tôt possible, avoir un testing de l'ensemble du personnel et des résidents de sorte à prévenir les contaminations croisées et réaliser au besoin le cohortage.

---

<sup>62</sup> Groupe de travail mixte « MCC », *Propositions et mesures pour une meilleure coordination de la politique des soins en maisons de repos et de soins. Rôle et statut du médecin coordinateur et conseiller en MRS*, Inami, 22.12.2010. [http://www.uvcw.be/no\\_index/cpas/grandage/MCC-propositions-et-mesures-pour-une-meilleure-coordination-MRS-22-12-2010.pdf](http://www.uvcw.be/no_index/cpas/grandage/MCC-propositions-et-mesures-pour-une-meilleure-coordination-MRS-22-12-2010.pdf)



Une stratégie de testing devrait répondre à minimum quatre questions :

- qui est testé ?
- qui teste ?
- qui paie le test ?
- comme réagir face un cas suspect ?

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, à la suite de recommandations diffusées en France<sup>63</sup>, la Fédération des CPAS bruxellois a plaidé pour des tests PCR :

- aux nouveaux professionnels permanents et temporaires (y compris étudiant ou stagiaire) intervenants en établissement et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
- aux animateurs externes pour lesquels la distanciation physique avec le public n'est pas possible (ex : prestataire de médiation animale) et ce, 2 jours avant leur intervention au sein de l'établissement ;
- aux professionnels de l'établissement au retour des congés de 3 semaines et en fonction du pays selon les pays renseignés orange par le SPF Affaires étrangères ;
- aux résidents ou membres du personnel présentant le moindre symptôme évocateur ;
- aux personnes demandant une admission en établissement, au stade de la préadmission ;
- aux personnes qui ont été en contact avec un cas positif.

Elle n'a pas été entendue à cette heure.

Comme il s'agit d'une stratégie de santé publique, les frais devraient être remboursés par l'autorité fédérale ou régionale. Dans l'état actuel des critères Sciensano, seuls les résidents et le personnel soignant répondant à la définition de cas possible peut avoir un test PCR remboursé.

Avoir une convention avec un laboratoire ou un hôpital pour le testing apparaît dorénavant comme un must. La concrétisation d'une telle perspective est aujourd'hui en cours de réflexion.

Au 22 juin 2020, la position de l'Inami sur les tests sérologiques est la suivante<sup>64</sup> :

*« Dans certains cas, le test sérologique peut être complémentaire au diagnostic moléculaire, mais il n'est certainement pas adapté comme test de diagnostic dans les maladies aiguës.*

*En raison de ces limitations, nous remboursons un test sérologique (prestation 554971-554982) uniquement dans les indications spécifiques suivantes : (...)*

*4. Pour examiner le statut sérologique du personnel de soins et du personnel qui travaillent dans les hôpitaux, les laboratoires cliniques ou les collectivités, avec haut risque de contagion (service COVID, maisons de repos ou laboratoire clinique), dans le cadre du management local du risque. »*

---

<sup>63</sup> Ministère de la Santé et des Solidarités, *Retour à la normale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*, 16.6.2020.  
<https://www.synerpa.fr/extranet/maj/phototheque/photos/D%C3%A9confinement%20-%20retour%20%C3%A0%20la%20normale%20%C3%A9tablissements%20dh%C3%A9bergement%20pour%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20-%20COVID-19.pdf>

<sup>64</sup> Inami, *Remboursement des tests de détection du Coronavirus pendant la pandémie de COVID-19*, 9.7.2020  
<https://www.inami.fgov.be/fr/COVID19/Pages/conditions-remboursement-tests-detection-coronavirus-pandemie-COVID19.aspx>



Avoir le statut sérologique des maisons de repos est notamment intéressant pour connaître le statut immunitaire de la maison de repos puisque l'immunité collective est atteinte si on atteint 60 % de population avec des anticorps. La sérologie peut également avoir un intérêt face à un cas suspect. Il est singulier que les tests sérologiques soient actuellement remboursés pour le personnel et pas pour les résidents.

Vu la situation épidémique actuelle, le risque de rencontrer le COVID est limité. Par contre avec la saison qui avance, les viroses automnales et la grippe vont devenir de plus en plus fréquentes.

Dans son avis N° 9581 de mai 2020<sup>65</sup>, le Conseil supérieur de la santé maintient ses recommandations pour la vaccination contre la grippe saisonnière notamment pour les personnes séjournant en institution et le personnel du secteur de la santé.

Il insiste également sur l'intérêt de la vaccination du personnel de santé non seulement pour protéger indirectement les patients mais aussi pour assurer sa propre protection et sa disponibilité en cas d'une nouvelle vague du COVID.

Une telle vaccination diminue également le risque de confusion entre le COVID et d'autres maladies

#### 10.1.7. Fluidifier les relations avec l'hôpital

Entre certaines maisons de repos et hôpitaux, il y a eu des synergies intéressantes notamment pour l'achat de matériel de protection et de gel. Elles pourraient devenir structurelles.

Toute maison de repos et de soins doit avoir une « convention gériatrique », soit un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (index G) ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psycho-gériatriques (index Sp-psycho-gériatrie). La collaboration avec une infirmière hygiéniste pourrait être abordée dans ce cadre.

A contrario, des personnes qui auraient été hospitalisées en temps ordinaires ne l'ont pas été.

Marius Gilbert (ULB) a observé que les décideurs et les experts se sont focalisés sur le milieu hospitalier. Marqués par la situation italienne, ils ont voulu éviter la saturation des hôpitaux et l'attention s'est détournée des maisons de repos<sup>66</sup>, un « compartiment » (sic) vulnérable.

Le 23 mars, la société de Gérontologie a émis une directive concernant les maisons de repos. Selon celle-ci, les occupants de centres de soins résidentiels très affaiblis et contaminés par le COVID ne devaient pas faire l'objet d'hospitalisations.

Les Fédérations de CPAS bruxelloise et wallonne exprimèrent alors un ferme et définitif désaccord sur base de deux éléments fondamentaux<sup>67</sup>. La décision d'hospitalisation ressort de la compétence du médecin traitant et la famille doit être consultée. Si l'on peut comprendre certaines recommandations, elles ont un caractère tout à fait général et ne doivent être envisagées que cas par cas.

---

<sup>65</sup> Conseil supérieur de la santé, *Vaccination contre la grippe saisonnière. Saison hivernale 2020-2021 dans le contexte COVID-19*, 5.2020.

[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/20200525\\_css-9581\\_vaccination\\_grippe\\_saisonniere\\_2020-2021\\_vweb\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20200525_css-9581_vaccination_grippe_saisonniere_2020-2021_vweb_0.pdf)

<sup>66</sup> CQFD, *COVID-19 : et si on faisait un premier bilan?*, 18.5.2020, après 10 min.

<sup>67</sup> [https://www.avcb-vsgeb.be/fr/COVID-19-recommandation-de-non-hospitalisation-des-ra-sidants-affaiblis-et-contamina-s.-ra-action-de-la-fa-da-ration.html?news\\_id=6948&cmp\\_id=7](https://www.avcb-vsgeb.be/fr/COVID-19-recommandation-de-non-hospitalisation-des-ra-sidants-affaiblis-et-contamina-s.-ra-action-de-la-fa-da-ration.html?news_id=6948&cmp_id=7)  
<https://www.uvcw.be/espaces/cpas/actions/33,80,38,38,3089.htm>

Le jour même, le témoignage poignant d'une Directrice du Hainaut fut exprimé à la Fédération des CPAS wallons :

*« En qualité de directrice de maison de repos mon travail est essentiellement de protéger les résidents et de faire ce qui est mieux pour eux et pour le personnel. Nous avons reçu un médecin qui sans aucune psychologie a annoncé à ses patients, mes résidents, que s'ils sont touchés ils mourront dans la maison de repos avec des soins de confort. Je vous assure que j'aime profondément mon travail et que sincèrement ce genre de démarche m'atteint profondément. Tout en sachant que les maisons de repos sont déjà considérées par le service des urgences comme étant un service pour une cause perdue, je vous assure qu'en plus de la pénibilité de cette période pour nous tous cette démarche nous anéantira dans notre travail au quotidien. Je sais que vous êtes fort sollicités et je vous remercie pour ce que vous faites pour nous. Prenez soin de vous »<sup>68</sup>.*

Plus tard dans la crise, au moment d'un bilan provisoire, une Directrice d'une résidence du sud de Bruxelles s'indigna également auprès de la Fédération des CPAS bruxellois :

*« Manque de synergie flagrant dans la 'collaboration' avec les hôpitaux. Suite à l'envoi d'un document Société de gérontologie, il fut évident de garder en MRS les résidents très affaiblis et en fin de vie. Mais de là à considérer que l'on ne pouvait plus hospitaliser nos résidents parce que vieux et en MR ou MRS... même si en détresse respiratoire ! Un oxyconcentrateur ne peut donner que maximum 5 l d'oxygène. À l'hôpital, on peut en administrer 10 litres par minutes ! »<sup>69</sup>.*

En Flandre, devant la Commission parlementaire Corona, un Directeur de maison de repos a déclaré que *« que nos propres résidents n'étaient pas autorisés à aller à l'hôpital »*. *« Ils voulaient éviter que les hôpitaux ne soient surchargés, mais cela se faisait au détriment de nos résidents »<sup>70</sup>.*

Dans certains cas au moins une forme de refus d'hospitalisation a prévalu. Cela a été soulevé explicitement par Infor-Homes Bruxelles<sup>71</sup> :

*« Dans ce contexte de santé complexe, nous sommes plus qu'interpellés face aux refus de demandes d'hospitalisations ainsi qu'à l'insuffisance importante des dépistages des résidents âgés dont l'état de santé est jugé préoccupant par le corps médical. S'il s'avère effectivement important de respecter les volontés de fin de vie propres à chacun (non acharnement thérapeutique, refus de réanimation...), il ne faudrait pas que ces mesures destinées à préserver la dignité humaine soient utilisées comme prétexte pour limiter les hospitalisations. De telles limitations ne s'opposent-elles pas au respect des droits de chacun, à l'égalité face à l'accessibilité des soins ainsi qu'à la notion de dignité à laquelle chaque adulte quel que soit son âge et son état de santé doit pouvoir prétendre ? »*

La crainte de la saturation de la capacité hospitalière a de facto « contraint » des maisons de repos à devoir assumer un accompagnement pour lequel elles n'étaient pas staffées et outillées. Situation d'autant plus paradoxale et dérangeante que bon nombre d'hôpitaux n'ont pas été saturés.

---

<sup>68</sup> Courriel du 24.3.2020.

<sup>69</sup> Courriel du 9.6.2020.

<sup>70</sup> Ook zonder COVID-19 oversterfte in woonzorgcentrum Bassevelde, De Standaard, 30.6.2020.  
[https://m.standaard.be/cnt/dmf20200629\\_05004122](https://m.standaard.be/cnt/dmf20200629_05004122)

<sup>71</sup> Infor-Homes, Constats de terrain C-19, 3.4.2020.

<http://www.inforhomesasbl.be/images/Inforhomes/PDF/constats%20de%20terrain%20C19%20-%20Infor-Homes%20Bruxelles.pdf>

Au plus fort de la crise, Cécile Bolly et Bernard Meuris ont proposé une boîte à outils de l'éthique. Plutôt que de donner des directives à suivre, elle visait à ouvrir un certain champ d'interrogation, pour permettre de cadrer autant que possible les nombreuses questions qui se posaient dans ce contexte bien particulier. Philippe Leroy, Directeur de l'hôpital Saint-Pierre, a quant à lui plaidé pour un débat détaché de la crise sur « *la fin de vie la plus souhaitable, la mieux préparée, celle que les patients, s'ils avaient pu se prononcer, auraient choisie* »<sup>72</sup>.

Certains acteurs des maisons de repos estiment que si on avait pu hospitaliser rapidement les premiers résidents, cela aurait réduit la propagation le temps que le terrain s'organise et surtout reçoive des équipements adéquats.

En tous les cas, une maison de repos n'a pas à fonctionner comme un hôpital « low cost ». Ce n'est pas sa vocation et elle n'en a ni les moyens humains ni les moyens matériels.

#### 10.1.8. Fluidifier les relations avec les généralistes

Certains généralistes ne sont plus venus dans les maisons impactées. Dans leur chef, la crainte d'une contamination en raison de leur âge a joué.

A contrario, certains d'entre eux, heureusement limité, sont entrés sans concertation avec la maison de repos, voire sans matériel de protection.

Il y a eu à tout le moins une perplexité quant à l'augmentation de certificats de maladie du personnel surtout au début de la crise, en raison sans doute de la pénurie de matériel de protection, de la surinformation médiatique mais également, de la possibilité d'obtenir des certificats médicaux sur simple base d'une déclaration téléphonique.

Cette manière de procéder a eu dans une série d'endroits des conséquences dramatiques sur l'absentéisme du personnel de nursing et paramédical (au sens large), sur les soins aux résidents, fragilisant encore plus cette population à risque. Elle a aussi augmenté la charge de travail de celles et ceux qui sont resté(e)s, ainsi que les risques psychosociaux encourus. Les conséquences économiques de cet absentéisme furent également très importantes, puisque le personnel a dû être remplacé. Enfin, le retour de ce personnel absent est aujourd'hui source de tensions au sein des équipes.

En cas de deuxième vague ou de nouvelle épidémie, les médecins généralistes devraient être équipés en tests de dépistage et en matériel de protection, de manière à pouvoir continuer à voir leurs patients et à ne donner de certificats médicaux qu'en cas de nécessité médicale dûment attestée.

Une information générale auprès des associations de médecins sur les conséquences de l'absentéisme serait aussi utile. Des séances d'échanges et tables rondes d'évaluation de la gestion de la crise entre maisons de repos, associations de médecins et hôpitaux pourraient être bénéfiques.

#### 10.1.9. Plus-value de l'intervention d'un psychologue

Dès aujourd'hui, certaines maisons ont décidé de travailler avec un psychologue en tant que membre du personnel de réactivation. Il a été très précieux pour faire face au COVID. Par ailleurs, les médecins peuvent envoyer les patients, présentant certains troubles psychiques modérément

---

<sup>72</sup> Interview de P. Leroy, *La gestion de l'après-coronavirus en Belgique: mourir en maison de repos, est-ce un bon système ?*, RTL, 6.5.2020.  
<https://www.rtl.be/info/belgique/societe/la-gestion-de-l-apres-coronavirus-en-belgique-mourir-en-maison-de-repos-est-ce-un-bon-systeme--1216526.aspx>

sévères, vers un psychologue clinicien ou un orthopédagogue clinicien pour un traitement psychologique de première ligne de courte durée. L'assurance soins de santé rembourse en grande partie ce traitement. Depuis le 2 avril 2020, ce dispositif est aussi ouvert aux personnes de plus de 65 ans. C'était une demande insistante des Fédérations de CPAS.

La crise a montré que le soutien psychologique était nécessaire tant pour les résidants que pour le personnel. Ce sera encore le cas dans le suivi de la crise, qu'il y ait rebond ou pas. Ce soutien doit-il être uniquement externe ou passer au moins en partie par une convention avec un psychologue ou un service de santé mentale ? La question est ouverte.

#### 10.1.10. Prendre encore davantage en compte la dimension sociale<sup>73</sup>

La santé dépend de déterminants biologiques mais aussi sociaux, liés aux contextes de vie, aux habitudes de vies, aux comportements, aux politiques publiques, etc. La solitude et la rupture des liens sociaux pour les résidants des maisons de repos ont tué en plus du COVID lui-même.

Au-delà de la logique « urgentiste », curative et hospitalière qui a été mise en œuvre, il convient de travailler sur les déterminants sociaux de la santé. À cette fin, il importe notamment de :

- éviter à tout prix de réitérer le cocktail amer mélangeant fermeture du lieu de vie, isolement du résidant en chambre, arrêt des activités et animations, rupture de tout contact physique avec les proches et interdiction de sortie. Aucun autre citoyen n'a été confronté à des mesures d'une telle sévérité et les effets secondaires ont été fort néfastes ;
- renforcer les fonctions sociales et relationnelles au sein d'une maison de repos (logopède, kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateurs, psychologue, etc) ;
- considérer la personne âgée comme une ressource, s'appuyer sur ses compétences et la faire agir positivement pour sa santé lorsque son degré d'autonomie le permet.

À cet égard, certains résidants ont fait preuve d'une résilience voire d'une résistance tout à fait étonnante au cours de cette crise, œuvrant en soutien inattendu du personnel. Le fait qu'une série d'entre eux étaient des enfants de la guerre n'est certainement pas étranger à cela.

#### 10.1.11. De l'intérêt d'un débat sur une protection épidémie fédérale

Personne ne veut que sa maison brûle. Pourtant, une assurance incendie est contractée par le plus grand nombre. *« La prévention n'a pas la priorité. C'est comme les sapeurs-pompiers : on les appelle lors de l'incendie, puis on oublie. C'est dans la prévention qu'il faut investir. Mais partout, en Belgique comme aux États-Unis, cela paraît trop cher. Le vrai succès de la prévention, c'est quand rien ne se passe. (...) Cette épidémie doit réveiller le monde, on devra vivre avec elle durant des années sans exclure qu'elle ressurgisse l'an prochain »*, estime Peter Piot, Virologue, ancien directeur d'Onusida et désormais Conseiller spécial d'Ursula von der Leyen<sup>74</sup>.

Par prévoyance face aux risques d'une future épidémie, il serait opportun de débattre l'instauration d'une protection épidémie.

L'idée de cette assurance serait, non de pallier aux multiples dommages a posteriori, mais de prévoir et de financer a priori, de façon structurelle et mutualisée, les moyens d'une réaction sanitaire rapide à une épidémie (matériel de protection, tests, respirateur...) de sorte à ne plus devoir encourir tous les dommages socio-économiques, écologiques et surtout humains qui ont

<sup>73</sup> Ce point s'inspire largement d'un échange informel avec Ileana Rosselli, Secrétaire général f.f. du CPAS d'Evere.

<sup>74</sup> *Cette épidémie doit réveiller le monde, on devra vivre avec elle durant des années*, *Le Soir*, 8.5.2020.

conduit à près de 10 000 morts en 3 mois. Ce type de protection sociale devrait, selon nous, relever de la sécurité sociale. Pourquoi ? De toutes les entités, le Fédéral est la plus impactée via des dépenses supplémentaires (chômage temporaire, droit passerelle, hausse des dépenses de soins de santé...) mais aussi de pertes de recettes fiscales et sociales liées au ralentissement de l'activité économique. En terme assurantiel, au plus la population couverte est grande, au mieux le risque peut être géré. Vu les flux économiques et humains entre les trois Régions et particulièrement via le phénomène des navetteurs vers Bruxelles, une prévention épidémique sur une base strictement régionale est vouée à une forme d'inefficacité

En un sens, cela renvoie au vieux débat préventif vs. curatif (palliatif). Sachant qu'en Belgique, la prévention est défédéralisée et « bénéficie » surtout au Fédéral.

À l'heure actuelle, la demande intérieure est fortement ralentie. Pour partie au moins, cela découle d'un problème de confiance. Instaurer une protection épidémie serait de nature si pas à restaurer au moins à la renforcer et partant soutenir l'activité économique

## 11. RÉSUMÉ

*« Rough and Rowdy ways » (Bob Dylan, juin 2020)*

La perception des maisons de repos est ambivalente. Fréquemment, l'image qui en est projetée est négative. Nombre de familles tentent pourtant de trouver une place pour un parent dans une de ces résidences. À leur corps défendant et meurtri, ces maisons ont été sous les feux de la rampe avec la crise du COVID. Le terme de mouvoir a ressurgi. Doivent-elles disparaître ?

1. Plusieurs constats de base et de cadrage s'imposent. La majorité des aînés sont à domicile. Si la majorité des résidents de maisons de repos a plus de 80 ans, 4 octogénaires sur 5 vivent à domicile au sud du pays. La durée de séjour en maison de repos avoisine dorénavant 3 ans. En 2019, 12 946 aînés habitaient en maison de repos à Bruxelles et 46 652 en Wallonie.

L'emploi des maisons de repos peut être estimé à presque 10 000 à Bruxelles et un peu plus de 37 400 en Wallonie. Au total, en Communauté Wallonie-Bruxelles, pas loin de 50 000 personnes. Dans un monde automatisé, les maisons de repos ont une haute intensité en travail et proposent des fonctions non délocalisables pour des qualifications variées.

En Wallonie, les maisons de repos ont en moyenne 89 places ; à Bruxelles, 112. Les « résidences mastodontes » sont l'exception.

2. Quelques grandes tendances sont à l'œuvre de longue date dans l'accueil des aînés.

L'entrée se fait à un âge toujours plus avancé. En 1999, les moins de 80 ans représentaient 36 % des résidents wallons. En 2017, ils ne sont plus que 25,8 %. Dans la Région de Bruxelles-Capitale, la « surprise du chef » est le recul en chiffres absolus du nombre de résidents : - 455 (- 3,4 %) de 2014 à 2019.

Les résidents d'aujourd'hui sont plus vulnérables. Les personnes en catégorie O sont réputées autonomes. En Wallonie, c'était 1 résident sur 4, il y a 20 ans. Aujourd'hui, ils sont un peu plus de 1 sur 10. Un quart des résidents bruxellois était aussi présumé autonome, il y a 20 ans. À l'heure actuelle, c'est pratiquement 1 sur 6.

Le nombre de résidents désorientés va croissant. En 1999, en Wallonie, un tiers des aînés l'était dans le secteur public. En 2018, ils sont dorénavant 43,4 %. L'évolution à Bruxelles est similaire.

Une quatrième évolution marquante est celle des tarifs de base moyens. Tous secteurs confondus, sur dix ans, la hausse des prix au-delà de l'inflation a été de 21,1 % en Wallonie et de 22,6 % à Bruxelles. En 2018, le prix moyen était de 49 euros au sud du pays et 60 euros dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les niveaux atteints par les tarifs jouent dans certains cas au moins comme un frein lorsque l'accueil en maison de repos est envisagé. Ils entraînent également une hausse des dépenses d'aide sociale des CPAS pour des résidents en maisons de repos. Elle a été de 42,5 % de 2015 à 2019 en Wallonie.

3. À Bruxelles, une enquête qualitative sur les résidents les plus autonomes a identifié cinq profils. Le quatrième profil renvoie à un placement de type social. Le cinquième reprend des personnes pour qui l'entrée en maison de repos s'inscrit dans le prolongement d'un parcours institutionnel. Il s'agit de personnes « jeunes », souffrant de problèmes de santé mentale ou d'un handicap. Est-ce que la maison de repos est la bonne solution à un problème de logement d'une part ; à des problèmes de santé mentale voire de troubles psychiatriques d'autre part ? Pour ces deux catégories, une autre réponse devrait être organisée.
4. La majorité des aînés vivent à domicile et souhaitent y finir leurs jours. Par humanité et esprit démocratique, cette attente est à respecter au mieux. L'accompagnement à domicile doit progresser et l'autorité publique doit continuer à libérer des moyens en ce sens.
5. Toutefois, la vie à domicile de tous à tout âge n'est pas soutenable. Elle se heurte à trois grandes limites : la disponibilité de l'aidant informel, le coût tant pour l'aîné que la collectivité, le nombre croissant de personnes désorientées ou atteintes d'une affection type Alzheimer. Elle induit aussi des difficultés en termes de continuité de soins, de mobilité et consommation d'énergie. La question de la solitude dans un habitat qui n'est plus convenable n'est également point à sous-estimer.
6. Les données statistiques disponibles sur le profil des résidents ne permettent plus une prévision précise des besoins en lits de maisons de repos. Au niveau wallon, une approche par scénario permet toutefois de baliser le débat. Un scénario optimiste serait que deux tiers des nouveaux lits, découlant du seul facteur démographique, ne soient pas nécessaires. Avec un tel scénario, le besoin de places serait de 2 594 à horizon de 5 ans, 4 519 à horizon de 10 ans, 11 502 à horizon de 20 ans. Même avec des hypothèses volontaristes, le facteur démographique requerra l'ouverture d'un nombre conséquent de lits.
7. Avant le COVID, le contexte budgétaire n'était déjà pas simple. Celui post COVID va être encore plus compliqué. Il faudra d'abord faire avec ce que l'on a et continuer à améliorer la qualité dans l'accompagnement des personnes âgées.

Deux études américaines montrent un manque d'interactions verbales et relationnelles du personnel avec les résidents. Cela découle pour partie de la formation de base. Elle reste centrée sur l'apprentissage des techniques tandis que la communication y est trop peu présente.

Une désinstitutionnalisation de l'intérieur peut être visée. Dans une maison de repos, il y a des tensions et une balance entre des principes et valeurs. Un facteur décisif est la culture de travail. Elle est impulsée par le directeur et vécue par l'ensemble de l'équipe. La place du résident doit être la plus centrale possible. À son endroit, il faut un esprit de respect et de bienveillance. Autant que faire se peut, il convient de favoriser sa liberté de choix et l'impliquer dans les décisions du quotidien.

Au sein d'une grande maison de repos, il est possible d'avoir différents lieux de vie un peu comme une ville peut avoir plusieurs quartiers. C'est une façon de concilier les avantages économiques de la taille tout en gardant une plus grande proximité et humanité.



La maison de repos est un lieu de vie. Elle a donc vocation à être ouverte à l'extérieur sans préjudice de mesure de sécurité. Un autre levier pour sortir de l'institutionnalisation est d'ancrer encore plus qu'aujourd'hui la maison de repos dans le quartier.

8. Il existe d'ores et déjà une série de formules qui peuvent constituer dans une certaine mesure une alternative à la maison de repos.

La résidence-services offre des logements permettant de mener une vie indépendante et des services auxquels il peut être fait librement appel. Cette formule reste modérément développée : 3 654 logements en Wallonie, 1 716 à Bruxelles. En outre, elle peut être aussi, voire même plus, coûteuse qu'une maison de repos en offrant moins de services. C'est un argument pour développer des résidences-services sociales.

Les centres de soins de jour accueillent, en journée, des personnes âgées fortement dépendantes et leur délivrent des soins de santé et un accompagnement. Ils restent en nombre limité principalement car cette activité est nettement déficitaire : 447 places en Wallonie, 142 à Bruxelles. Le tarif journalier avoisine les 20 euros.

D'autres alternatives se sont déployées. L'antenne Andromède à Woluwe-Saint-Lambert est une forme d'habitat groupé. L'habitat kangourou réunit des aînés et des familles monoparentales à Molenbeek-Saint-Jean. En France, en milieu rural, les MARPA sont des résidences de moins de 25 résidents avec de véritables logements individuels et le recours aux services de soins et d'aide à domicile locaux. L'idée de résidences-services et de soins a été lancée à juste titre. En répondant à l'isolement social, des maisons de quartier peuvent aider à retarder voire éviter le changement du lieu de vie.

9. Parler du futur des maisons de repos en faisant fi du COVID et plus généralement du risque de nouvelle épidémie est dorénavant inconcevable.

a) Trois enjeux d'avant le COVID et portés par la Fédération des CPAS sont à réaffirmer.

Les normes de personnel de soins financées ne permettent pas encore d'avoir des conditions de vie et de travail de qualité. Il faut avoir une part importante de personnel au-delà des normes. En 2019, l'écart était de 31 % en Wallonie et de 40 % à Bruxelles.

Au sud du pays, il y avait 10 260 B et C dans des maisons de repos en 2019. En Région de Bruxelles-Capitale, ils étaient 2 953. Ces personnes devraient être dans des places de maisons de repos et de soins. S'il y a reconversion de lits MR en lits MRS, les résidents B et C sont mieux accompagnés car les normes MRS sont plus élevées que celles des MR. Il en découlerait une hausse du personnel de soins au bénéfice des personnes physiquement les plus vulnérables. Cette augmentation pourrait aider à mieux faire face à des épisodes tels que celui qui a été vécu.

Dans une enquête menée en 2013 dans les maisons de repos belges, 49 % des personnes âgées de plus de 70 ans présentaient un risque réel de dénutrition. En outre, 14 % des sondés étaient effectivement en état de dénutrition. Si besoin en était, la crise du COVID-19 a rappelé l'intérêt de l'intervention d'un logopède. L'action d'un diététicien contribue également à améliorer significativement la nutrition en maison de repos.

L'accompagnement des personnes atteintes de démence peut aussi être bonifié. La personne de référence pour la démence exerce une fonction de conseil, de sensibilisation et de suggestion. Il conviendrait qu'elle soit financée au minimum à temps plein à partir de 50 Cd et/ou D. Les personnes avec une affection type Alzheimer ont dans les premiers temps de la maladie besoin de plus de personnel de réactivation et moins de personnel de nursing. Pour

rencontrer cette réalité, une catégorie D a été créée en maison de repos. Elle devrait aussi exister en maison de repos et de soins.

b) Des leçons sont à tirer pour l'après COVID. Dans la crise des maisons de repos, l'erreur originelle fut de laisser pendant près d'un mois le secteur sans matériel de protection et sans capacité de testing. Les conséquences sont horribles.

Il importe à l'avenir que les maisons de repos soient mieux armées pour faire face à un possible rebond ou une nouvelle épidémie. À cette fin, il convient notamment de :

- disposer d'un stock de matériel de protection macro (fédéral ou régional) et micro (maison de repos) ;
- former le personnel à l'usage des masques et l'équipe de direction à l'organisation d'un cohortage ;
- collaborer avec une infirmière hygiéniste et avoir une infirmière référente en hygiène dans la maison même ;
- avoir partout un médecin coordinateur.

En cas de rebond ou de nouvelle épidémie, il faut le plus tôt possible avoir un testing de l'ensemble du personnel et des résidents de sorte à prévenir les contaminations croisées et réaliser au besoin le cohortage. Une stratégie de testing devrait répondre à minimum quatre questions :

- qui est testé ?
- qui teste ?
- qui paie le teste ?
- comme réagir face un cas suspect ?

Avoir une convention avec un laboratoire ou un hôpital pour le testing apparaît dorénavant comme un must. Les tests sérologiques devront être pris en compte dans cette stratégie et l'utilité du vaccin contre la grippe y sera à rappeler.

Les relations entre les maisons de repos et les hôpitaux sont à fluidifier. Entre certaines maisons de repos et hôpitaux, il y a eu des synergies intéressantes notamment pour l'achat de matériel de protection et de gel. Elles pourraient devenir structurelles. Ce type de collaborations est à approfondir. A contrario, des personnes qui auraient été hospitalisées en temps ordinaires ne l'ont pas été. Cela ne doit plus se reproduire. Une réflexion éthique sur la fin de vie sera à poursuivre. En tous les cas, une maison de repos n'a pas à fonctionner comme un hôpital « low cost ». Ce n'est pas sa vocation et elle n'en a ni les moyens humains ni les moyens matériels.

Les relations entre les maisons de repos et les généralistes sont également à fluidifier. En cas de deuxième vague ou de nouvelle épidémie, les médecins généralistes devraient être équipés en tests de dépistage et en matériel de protection, de manière à pouvoir continuer à voir leurs patients et à ne donner de certificats médicaux qu'en cas de nécessité médicale dûment attestée.

La crise a montré que le soutien psychologie était nécessaire tant pour les résidents que pour le personnel.

Il convient également de travailler sur les déterminants sociaux de la santé. À cette fin il importe notamment de renforcer les fonctions sociales et relationnelles au sein d'une maison



de repos ainsi que de considérer la personne âgée comme une ressource, s'appuyer sur ses compétences et la faire agir positivement pour sa santé lorsque son degré d'autonomie le permet.

L'instauration d'une protection épidémie à l'échelon fédéral pourrait aider à prévenir un épisode aussi douloureux que celui connu par les maisons de repos trois mois durant.

10. Au terme de ce libre périple, s'il ne fallait retenir que trois choses, elles seraient les suivantes.

La première est que la désinstitutionnalisation est déjà l'œuvre. Les aînés rentrent plus tard en maison de repos et les personnes réputées autonomes y sont toujours moins nombreuses.

La seconde est qu'il y a des marges de progression dans les maisons de repos notamment dans la formation des soignants, la culture de travail, la présence de personnel de réactivation et l'ancrage dans le quartier.

La dernière est qu'il ne faut pas opposer l'accompagnement à domicile avec les maisons de repos et leurs alternatives mais plutôt travailler sur ces trois leviers en même temps, en respectant autant que faire se peut la liberté et le choix des aînés. Les moyens financiers pour tout raser et reconstruire ne seront de toute façon point au rendez-vous et les lendemains budgétaires s'annoncent à tout le moins compliqués. Cela ne doit cependant point inhiber une saine ambition de diversifier et renforcer les moyens mis en œuvre dans l'accompagnement des aînés, quel que soit le milieu de vie.

## 12. POSTFACE

« Sign of hope » (*The Scorpions*, avril 2020)<sup>75</sup>

Pour momentanément clôturer le débat, quelques mots d'Adrienne Gommers datant de 1992 mais encore tellement d'actualité :

*« Que demandent donc les personnes âgées, sinon de garder dans la communauté une place en tant que personne et non d'un donné chronologique ? Ceci signifie vivre des rapports épanouissants d'égaux à égaux (on donne et on reçoit), rester l'objet d'attentes (sans utilité, sans rôle, quel sens donner à une fin de vie ?), demeurer pour autrui cet être de désir qui ne s'éteindra qu'avec le dernier souffle. Réclamons donc, avec tous ceux qui se préoccupent de la situation des aînés, une civilisation qui donne à la qualité d'être une priorité absolue sur le faire et l'avoir. Car la vieillesse, problème biologique certes, problème psychologique sans doute, est actuellement aussi, un problème de société qui ne sera résolu que par le retour aux valeurs de solidarité, convivialité, et... tendresse ! »<sup>76</sup>*

<sup>75</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=C\\_G8d2n4yFg](https://www.youtube.com/watch?v=C_G8d2n4yFg)

<sup>76</sup> A. Gommers et P. van den Bosch de Aguilar, *Pour une vieillesse autonome*, 1992, p. 243.



## Annexe 1 - L'échelle de Katz

CRITERES	Ancien score	Nouveau score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
S'HABILLER			Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en-dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en-dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s) ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou déplacements	Est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles



MANGER			Est capable de manger ou de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger et boire
--------	--	--	--	--	---	--

CRITERE			1	2	3	4
---------	--	--	---	---	---	---

TEMPS (2)			Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
-----------	--	--	-----------------	---	-----------------------------------	---

ESPACE (2)			Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
------------	--	--	-----------------	---	-----------------------------------	---

## Annexe 2 - Les prix à Bruxelles

<b>Prix maison de repos par mois à Bruxelles - Infor-Homes 31.12.2018</b>							
De	901	1 101	1 301	1 501	1 701	2 000	
à	1 100	1 300	1 500	1 700	2 000		
« Médiane »	1 000,5	1 200,5	1400,5	1 600,5	1 850,5	2 100	Total
CPAS	0	2	5	14	4	1	26
Commercial	2	4	7	18	23	45	99
Associatif	0	0	4	1	13	7	25
Total	2	6	16	33	40	53	150
Nombre maisons	2	6	16	33	40	53	150

Pour les classes de prix inférieurs à 2 000 euros par mois, la médiane est prise comme moyenne de la classe. Pour la classe des prix supérieurs à 2 000 euros, 2 100 est prudemment postulé comme moyenne.

<b>Prix moyen</b>		
Par	mois	jour
CPAS	1 588,9	53,0
Commercial	1 843,2	61,4
Associatif	1 838,4	61,3
Total	1 798,3	59,9
Prix median	1 798,3	59,9