

IRISCARE

Réalisation d'une étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise

Rapport final

Vos contacts :

Frédéric DODDELSTEIN
frederic.dobbelstein@bdo.be

Michaël VAN CUTSEM
michael.vancutsem@bdo.be

Marie Gavroy
marie.gavroy@bdo.be

Le présent document constitue le rapport final de l'étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la région bruxelloise.

Concrètement, ce rapport s'articule autour des six parties suivantes :

- Partie I : Analyse PESTEL
- Partie II : Analyse des variables
- Partie III : Benchmarking des programmations
- Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS
- Partie V : Benchmarking des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Partie VI : Synthèse des ateliers thématiques
- Partie VII : Scénarios de développement de l'offre d'hébergement

TABLE DES MATIERES

Partie I : Analyse PESTEL.....	4
Partie II : Analyse des variables.....	56
Partie III : Benchmarking des programmations.....	77
Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS.....	96
Partie V : Benchmarking des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées...	111
Partie VI : Synthèse des ateliers thématiques.....	119
Partie VII : Scénarios de développement de l'offre d'hébergement	135

PARTIE I : ANALYSE PESTEL

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	7
2. Évolution du contexte politique	7
2.1. La répartition des compétences : focus sur la sixième réforme	7
2.2. Les protocoles d'accords	7
2.3. Multiplicité d'acteur, nécessité de la coordination des soins	8
3. Évolution du contexte socio-économique	11
3.1. Les maisons de repos à Bruxelles et les alternatives existantes	11
3.1.1. Les maisons de repos et de soins	11
3.1.1.1. Statistiques relatives aux maisons de repos et de soins	11
3.1.1.2. Le prix des structures d'hébergement résidentiel	12
3.1.1.3. Revenu et situation financière	14
3.1.1.4. Les forfaits IRISCARE	16
3.1.1.5. La répartition géographique des MR et MRS à Bruxelles	16
3.1.1.6. Les résidents en maison de repos et en maison de repos et de soins	19
3.1.1.7. Le taux d'occupation des MR/MRS	24
3.1.2. Les alternatives aux MR/MRS	26
3.1.2.1. Introduction	26
3.1.2.2. Les données quantitatives	26
3.1.2.3. Carte d'identité des alternatives	28
3.1.3. Les aides et soins à domicile	32
4. Évolution du contexte socio-culturel	34
4.1. Les différentes raisons d'une entrée en maison de repos (et de soins)	34
4.2. Le regard sur les personnes âgées : la représentation de la vieillesse	35
4.3. La diversité des cultures	35
4.4. La transition démographique	37
4.4.1. La population bruxelloise continue à croître	37
4.4.2. Les caractéristiques de la population bruxelloise	37
4.4.3. Le vieillissement de la population	38
4.4.3.1. Le coefficient de vieillissement	40
4.4.4. Projections démographiques de la population âgée	41
4.4.4.1. Projections démographiques régionales 1992-2071	41
4.4.4.2. Projections démographiques régionales 2020-2070	42
4.4.4.3. Projections démographiques communales 2025 - 2030	43
4.4.4.4. Projections en termes de nombre de places	44

5. Évolution du contexte technologique : la technologie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées	46
6. Évolution du contexte environnemental : l'enjeu de la rénovation énergétique des maisons de repos	48
7. Évolution du contexte légal	49
7.1. Les mécanismes d'agrément des MR et MRS.....	49
7.1.1. Les aides et soins à domicile.....	49
7.2. La législation COCOM relative aux structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées	50
7.3. Les normes d'encadrement au sein des MR/MRS.....	51
8. Évolution du contexte médical.....	52
8.1. Evolution des profils au sein des MR (problématique du handicap)	52
8.2. La médicalisation (suivi post hospitalisation)	53
8.3. L'impact du covid.....	53
9. Variables et tendanciels	Erreur ! Signet non défini.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les acteurs des soins et d'aide aux personnes âgées à Bruxelles	8
Figure 2 : Evolution du nombre de lits agréés par secteur dont court séjour (2013-2021)	9
Figure 3 : Répartition des lits agréés entre les différents secteur (2019-2021)	9
Figure 4 : Taille des MRS/MR agréées hors CSJ à Bruxelles en nombre de lits (2021)	11
Figure 5 : Taille des MRS/MR agréées hors CSJ à Bruxelles en nombre d'établissements (2021) par secteur	11
Figure 6: Nombre de lits MR/MRS et nombre de lits par habitant et par tranche d'âge	12
Figure 7 : Nombre de lits MR/MRS agréés et autorisés (2021)	12
Figure 8 : Evolution des prix au sein des établissements (2016-2020)	12
Figure 9: Coût moyen d'un séjour en maison de repos (et de soins) en Belgique et au sein de chaque Région (2014)	13
Figure 10 : Evolution des prix de l'offre d'hébergement (tous secteurs confondus) (2016-2020)	13
Figure 11 : Comparaison des prix des structures d'hébergement pour personnes âgées (2018-2019-2020)	14
Figure 12 : Pourcentage de bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées et d'allocations aux personnes handicapées parmi les personnes de 65 ans et plus, 2005-2015, Région bruxelloise	15
Figure 13 : Proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), parmi les 65 ans et plus, Belgique et Région bruxelloise (2014-2019)	15
Figure 14 : Part de GRAPA chez les 65 ans et plus (2002-2019)	16
Figure 15 : Situation des lits MR et MRS agréés par structure (juin 2021)	17
Figure 16 : Nombre de lits MR/MRS et nombre de lits pour 100 habitants de 65 ans et de 75 ans et plus, par commune (2016)	18
Figure 17 : Densité des personnes âgées de 75 ans et plus et structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins et résidences-services) en Région bruxelloise (1er juin 2016)	19
Figure 18 : Prise en charge résidentielle, 65 ans et plus, par région, 2010-2018	20
Figure 19: Lits en maisons médicalisées de soins de longue durée pour 1000 personnes de plus de 65 ans	20
Figure 20 : Nombre de lits résidentiels pour soins de longue durée, par région/communauté	21
Figure 21 : les différentes catégories de dépendance (Échelle de « Katz »)	21
Figure 22: Degré de dépendance des résidents de MR/MRS par région (2018)	22
Figure 23 : Représentativité des types de profils (2021)	23
Figure 24 : Évolution des résidents en maison de repos (et de soins) selon l'échelle de Katz (2014-2021)	23
Figure 25: Résidents en MR/MRS par classe d'âge (2019)	24
Figure 26 : Nombre de résidents par tranche d'âge en MR/MRS (2015-2019)	24
Figure 27 : Evolution du taux d'occupation par secteur (2014-2021)	25
Figure 28 : Evolution du taux d'occupation globale (2014-2021)	25
Figure 29 : Situation des places d'accueil en court-séjour (2016 vs. 2021)	27
Figure 30 : Situation des appartements faisant partie d'une résidence-services, par structure (2016 vs. 2021)	28
Figure 31 : Indicateurs de soins pour les personnes âgées.	33
Figure 32 : proportion de personnes ayant la nationalité non belge, par catégorie d'âge (2009-2019)	36
Figure 33 : Âge moyen 2000-2020 - Région de Bruxelles-Capitale	38
Figure 34 : Principales nationalités étrangères en 2020 (% de la population totale de nationalité étrangère au 1er janvier)	38

Figure 35 : population âgée de 65 ans et plus (2000-2020) - Région de Bruxelles-Capitale	39
Figure 36 : Population de la Région bruxelloise âgée de 65 ans et plus	39
Figure 37 : Évolution de la population âgée de 65 ans et plus (1992-2071).....	40
Figure 38 : Coefficient de vieillissement 2019 (%).....	41
Figure 39 : Région de Bruxelles-Capitale - Population par groupe d'âge (au 1er janvier)	42
Figure 40 : Analyse comparative des projections démographiques (2008) et des chiffres réels (2020)	42
Figure 41 : Projections démographiques des plus de 85 ans en Région de Bruxelles Capitale .	42
Figure 42 : Pyramide des âges (2020-2070).....	43
Figure 43 : Projections démographiques communales. Structure par âge (phases du cycle de vie) : 2020-2070	44
Figure 44 : Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MR	51
Figure 45 : Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MRS	51

1. Introduction

La réalisation de l'étude de programmation implique nécessairement d'apprécier le contexte extérieur dans lequel elle s'insère. L'analyse de cet environnement externe a été réalisée suivant l'approche stratégique « PESTEL ». Celle-ci vise l'analyse des évolutions récentes des contextes politique, (socio-)économique, socio-culturel, technologique, environnemental et légal.

Cette analyse permet d'identifier les différents facteurs d'influence et de dégager des tendances structurelles qui permettront, dans un deuxième temps, d'orienter la prochaine programmation.

2. Évolution du contexte politique

2.1. La répartition des compétences : focus sur la sixième réforme

La 6^{ème} réforme de l'État a entraîné d'importantes modifications au niveau des politiques de soins et d'aide aux personnes âgées. Les entités fédérées sont devenues officiellement compétentes pour ces matières le 1^{er} janvier 2019.

La Commission communautaire commune est compétente en Région bruxelloise, elle fait le trait d'union entre les deux autres Commissions qui assurent, à Bruxelles, les compétences communautaires : la Commission communautaire française (Cocof), du côté francophone, et la Vlaamse Gemeenschapscommissie, du côté flamand.

Pour la Région bruxelloise, l'organisme mis en place pour gérer les compétences attribuées à la Cocom est Iriscare. Créé sur base d'un modèle de gestion paritaire en 2017, cet organisme d'intérêt public est le point de contact privilégié pour les citoyens et les professionnels en matière de protection sociale¹. Iriscare est en charge² :

- de la politique et le financement du secteur de la santé à Bruxelles ;
- de la politique et du financement des initiatives d'aide à la personne et, particulièrement, l'aide aux personnes âgées ou aux personnes atteintes d'un handicap ;
- la gestion et le financement des mutualités et les caisses d'allocations familiales bruxelloises ;
- de gestion des allocations familiales (depuis le 1er janvier 2020).

Cette répartition des compétences ou cette fragmentation des compétences amène à des situations compliquées notamment dans le cadre des agréments des services d'aides à domicile qui ne sont pas équivalents entre la COCOF et la COCOM.

2.2. Les protocoles d'accords

Les structures d'hébergement à destination des personnes âgées sont régies par la loi et plus spécifiquement par des protocoles d'accord conclus entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées compétentes en la matière.

¹ Iriscare. Qui sommes-nous ? <https://www.iriscare.brussels/fr/iriscare-fr/qui-sommes-nous/notre-mission/>

² Iriscare. Qui sommes-nous ? <https://www.iriscare.brussels/fr/iriscare-fr/qui-sommes-nous/notre-mission/>

L'objectif de ces protocoles est « de répondre de façon cohérente et durable, dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'État fédéral et les Communautés/Régions, aux défis consécutifs au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins »³.

Ces protocoles, constitués de principes et d'engagements, orientent la politique en la matière. Depuis 1997, trois protocoles ont été conclus⁴ :

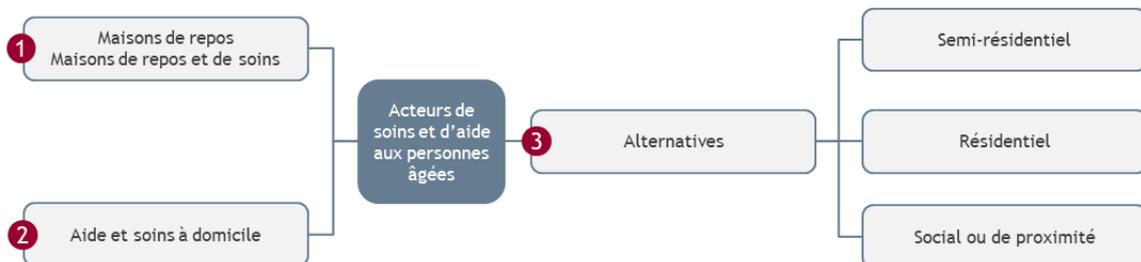
- 1998-2002 : premier protocole d'accord porte essentiellement sur deux éléments : (1) la reconversion de 25.000 lits MR en lits MRS, (2) l'élaboration d'une programmation et d'un financement des centres de soins de jours ;
- 2003-2005 : deuxième protocole d'accord. Celui-ci permet aux Régions et Communautés d'investir volontairement des moyens dans des alternatives d'accueil en soutien aux soins à domicile ;
- 2005-2010 : troisième protocole d'accord. Il encourage les Régions et Communautés à affecter une part des moyens disponibles (20%) dans des formes alternatives de soins et de soutien aux soins à domicile.

2.3. Multiplicité d'acteur, nécessité de la coordination des soins

Les acteurs dans le domaine des soins et d'aide aux personnes âgées à Bruxelles sont nombreux. Bruxelles se caractérise par la complexité de sa réglementation et la multitude d'autorités compétentes sur son territoire.

Ces acteurs se répartissent au sein des trois catégories suivantes :

Figure 1 : Les acteurs des soins et d'aide aux personnes âgées à Bruxelles



Avant d'observer les caractéristiques de chacune de ces offres, il est intéressant d'évoquer leur définition :

- les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins :
 - o les MR sont « des résidences qui hébergent les personnes âgées de manière collective et permanente, et offrent des services d'animation, d'aide aux actes de la vie quotidienne et de soins légers »⁵ ;
 - o les MRS sont « des structures intermédiaires entre la maison de repos et l'hôpital. Ces résidences collectives prennent en charge, de manière

³ UNIPSO. Cahier 2 - Lieux de vie : une diversité, une complémentarité et un va-et-vient entre les services pour « bien vieillir », p.11

⁴ UNIPSO. Cahier 2 - Lieux de vie : une diversité, une complémentarité et un va-et-vient entre les services pour « bien vieillir », p.11

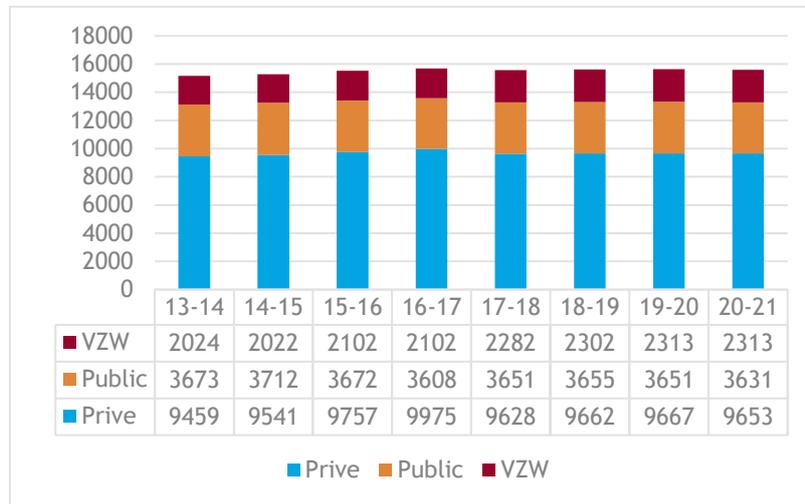
⁵ Iriscare. Maisons de repos. https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/maisons_de_repos/

permanente, des personnes qui nécessitent des soins lourds, des services et de l'aide à la vie journalière »⁶.

- le secteur des « aides et soins à domicile » contribuent au maintien de la personne âgée dans son domicile en offrant une série de prestations ménagères et médicales (distribution de repas, services de garde, aide logistique, soins à domicile, tâches ménagères, etc.)
- la catégorie « alternatives » regroupe l'ensemble des alternatives, résidentielles ou semi-résidentielles, à la maison de repos ou à la maison de repos et de soins.

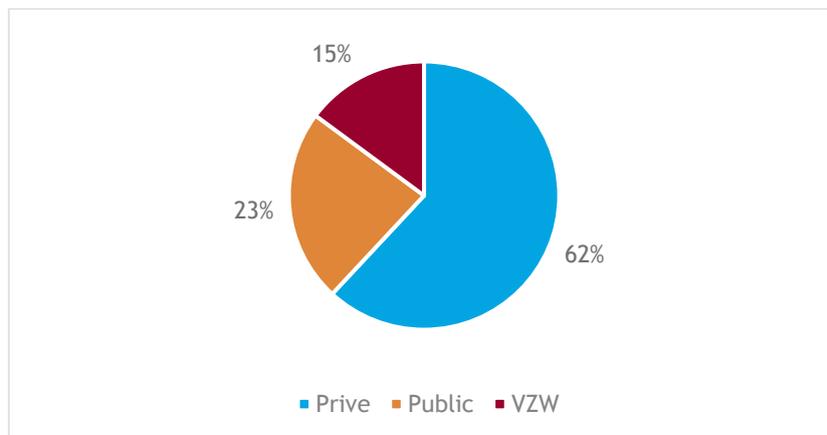
Dans ce réseau d'acteurs, nous observons trois types de gestionnaires : le secteur public, le secteur privé commercial et le monde associatif. À noter que la répartition des parts de marché entre ces trois secteurs est fortement inégale à Bruxelles :

Figure 2 : Evolution du nombre de lits agréés par secteur dont court séjour (2013-2021)



Source : Iriscare.

Figure 3 : Répartition des lits agréés entre les différents secteur (2019-2021)



Source : Iriscare.

⁶ Iriscare. Maisons de repos et de soins. <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/maisons-de-repos-et-de-soins-mrs/>

L'analyse de ces données nous permet d'établir les observations suivantes :

- le nombre total de lits agréés a augmenté (+ 441 lits entre 2014 et 2021) ;
- le nombre de lits agréés augmente une dernière fois en 2017 (rentrée en application du moratoire)
- le nombre total de lits agréés a quelque peu diminué dans le secteur public (-42 lits entre 2014 et 2021) ;
- l'augmentation - en termes de nombre de lits agréés - se marque davantage au sein du secteur associatif (+ 289 lits entre 2014 et 2021). Le poids du secteur associatif est plus important en 2021 qu'en 2014.

3. Évolution du contexte socio-économique

3.1. Les maisons de repos à Bruxelles et les alternatives existantes

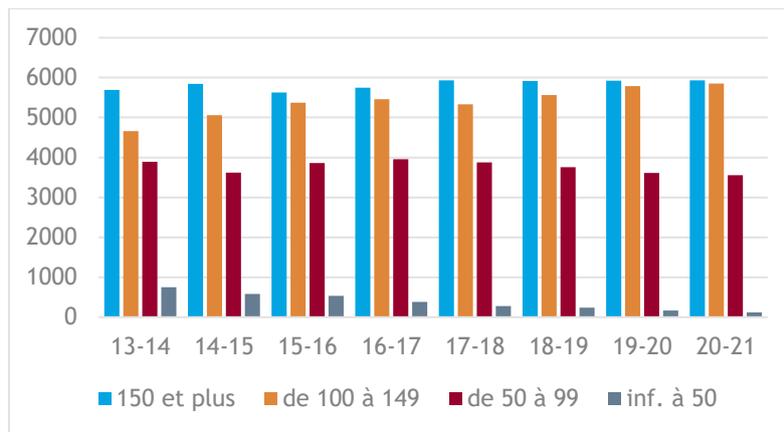
3.1.1. Les maisons de repos et de soins

3.1.1.1. Statistiques relatives aux maisons de repos et de soins

- Nombre de structures

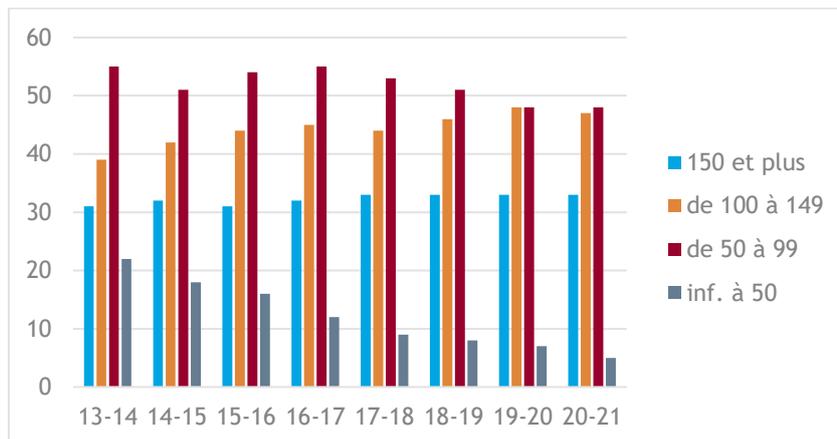
La Région bruxelloise compte, en 2021, 133 MR/MRS⁷ contre 136 en 2020.

Figure 4 : Taille des MRS/MR agréées hors CSJ à Bruxelles en nombre de lits (2021)



Source : Iriscare.

Figure 5 : Taille des MRS/MR agréées hors CSJ à Bruxelles en nombre d'établissements (2021) par secteur



Source : Iriscare.

Bien qu'au fil des ans la Région bruxelloise ait vu un nombre croissant de petites maisons de repos disparaître au profit de structures plus grandes, l'offre de maisons de repos demeure relativement importante à Bruxelles⁸.

⁷ Chiffres Iriscare.

⁸ Brulocalis (2017) MAISONS DE REPOS À BRUXELLES : LA SEULE SOLUTION POUR LES BRUXELLOIS ? Sous la loupe, p.08.

- **Nombre de lits MR/MRS à Bruxelles**

Selon les chiffres d'Iriscare et du Bureau Fédéral du Plan, nous observons la répartition suivant de la population au sein des maison de repos (et de soins).

Figure 6: Nombre de lits MR/MRS et nombre de lits par habitant et par tranche d'âge

Tranche d'âge	>50	50 - 59	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85 et +
Lits Iriscare ⁹	47,3	220,8	328,2	1304,4	2332,7	7071,7
Population ¹⁰	374 571	144 650	57 052	83 560	49 910	25 556
Taux ¹¹	0,013%	0,153%	0,575%	1,561%	4,674%	27,672%

Source : Iriscare et Bureau Fédéral du Plan

Figure 7 : Nombre de lits MR/MRS agréés et autorisés (2021)

MR/MRS	
Lits agréés MR/MRS	Lits autorisés
15444	16439

Source : Iriscare.

Ces données permettent d'observer que, globalement, un nombre de lits en maison de repos (et de soins) est important à Bruxelles. Ce constat devra être analysé au regard des autres alternatives développées sur le territoire bruxellois.

3.1.1.2. Le prix des structures d'hébergement résidentiel

Une augmentation croissante et significative des coûts de l'hébergement en MR et MRS est constatée à Bruxelles. Cette augmentation s'explique notamment par la professionnalisation du secteur ainsi que le caractère plus exigeant des normes en vigueur¹². Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des prix ces dernières années :

Figure 8 : Evolution des prix au sein des établissements (2016-2020)

Années	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS								TOTAL
	<750 €	751 à 900 €	901 à 1100 €	1101 à 1300 €	1301 à 1500 €	1501 à 1700 €	1701 à 2000 €	> 2000 €	
2016	0	0	4	14	27	29	29	53	156
2017	0	0	2	9	21	32	38	54	156
2018	0	0	2	6	16	33	40	53	150
2019	0	0	1	6	15	31	40	56	149
2020	0	0	1	5	11	29	41	59	146
Evolution	0	0	- 3	- 9	- 16	0	+ 12	+ 6	- 10

Source : Infor-Home¹³.

⁹ Il s'agit du nombre de journées facturées représentées sur une année entre 1er juillet 2020 et le 30 juin 2021

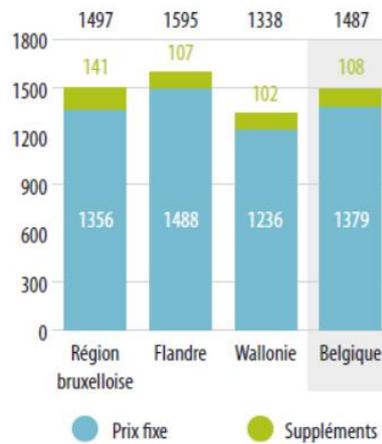
¹⁰ Population au 1/1/2021, selon le Bureau fédéral du Plan du 8 février 2022

¹¹ Il s'agit du nombre de journées facturées par tranche d'âge entre 1er juillet 2019 et le 30 juin 2020

¹² Infor-Homes/Home-Info Bruxelles. (2019). L'accompagnement de l'adulte âgé en Région Bruxelloise : des constats de terrain vers une interpellation politique et citoyenne, p.5.

¹³ Infor-Homes Bruxelles asbl. (2020). Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maison de Repos Bruxelloises 2020, p.32.

Figure 9: Coût moyen d'un séjour en maison de repos (et de soins) en Belgique et au sein de chaque Région (2014).

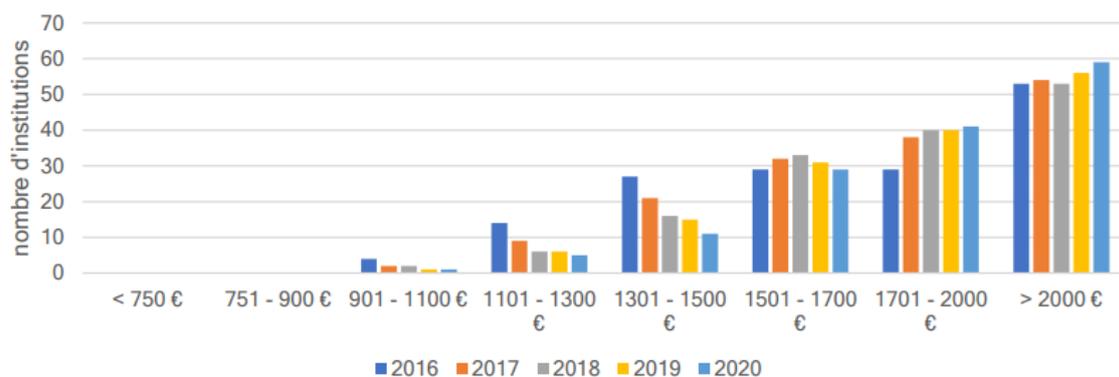


Source : Rusthuisbarometer 2016, Mutualités Socialistes¹⁴.

L'Union Nationale des Mutualités Socialistes identifie, dans une étude réalisée en 2016, les facteurs qui peuvent avoir un impact sur la facture du résident. Sept catégories sont analysées¹⁵ :

- le gestionnaire de l'établissement (public, associatif, privé) ;
- la situation géographique de l'établissement (Région, province, commune) ;
- l'infrastructure (taille, ancienneté, appartenance à un grand groupe, etc.) ;
- la chambre (superficie, équipements, etc.) ;
- le profil du résident et le forfait INAMI (le degré de dépendance aux soins, le pourcentage de lits MRS, etc.) ;
- les services et produits supplémentaires ;
- une catégorie « autres » prenant en considération les questions de rentabilité par lit, de normes de personnel, etc.

Figure 10 : Evolution des prix de l'offre d'hébergement (tous secteurs confondus) (2016-2020).



Source : Infor-homes Bruxelles¹⁶.

¹⁴ Issu de la publication : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.23.

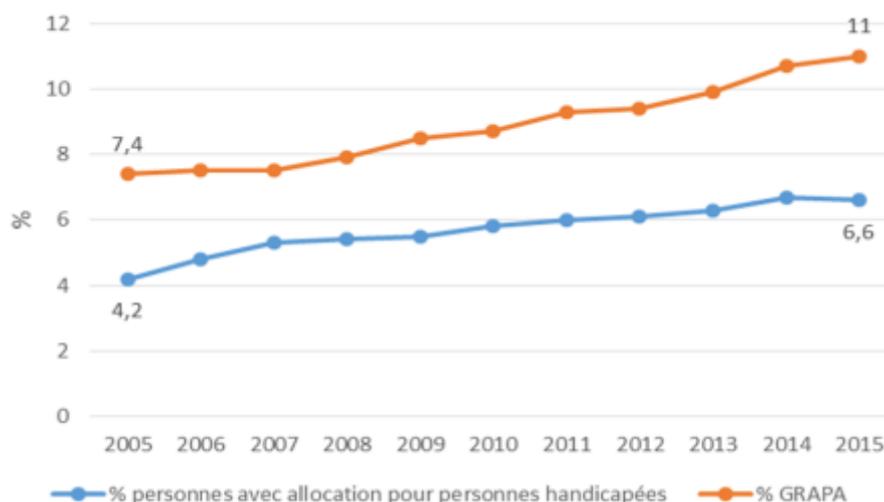
¹⁵ Laasman J-M., Maron L., Van den Heede A., and al. (2016). Maison de repos : à quel prix ? Union Nationale des Mutualités Socialistes, pp. 16-20.

¹⁶ Infor-Homes Bruxelles asbl. (2020). Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en Maison de Repos Bruxelloises 2020, p.31.

2015. Cette donnée constitue un indicateur quant au nombre de personnes vivant avec un revenu limité¹⁹.

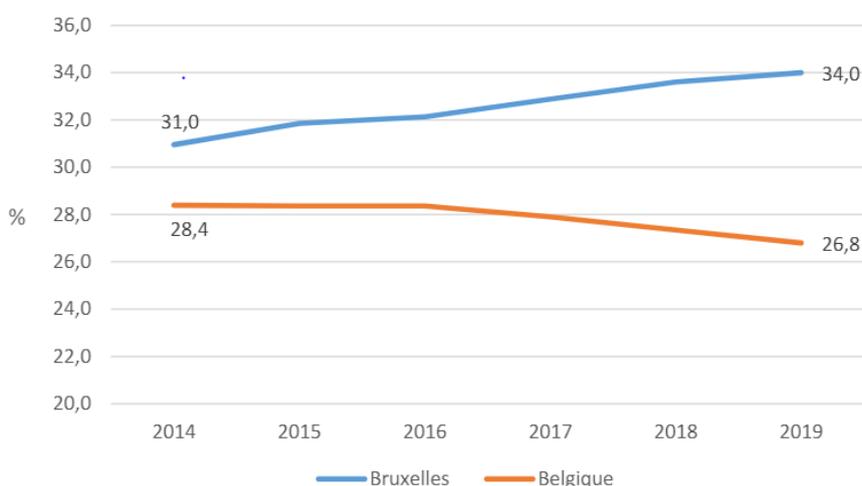
Le nombre de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) est également un indicateur pertinent, celui-ci reste relativement constant entre 2012 et 2016 avec une part de 30,2% des personnes âgées bénéficiaires en 2016.

Figure 12 : Pourcentage de bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées et d'allocations aux personnes handicapées parmi les personnes de 65 ans et plus, 2005-2015, Région bruxelloise



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles²⁰.

Figure 13 : Proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), parmi les 65 ans et plus, Belgique et Région bruxelloise (2014-2019)



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles²¹.

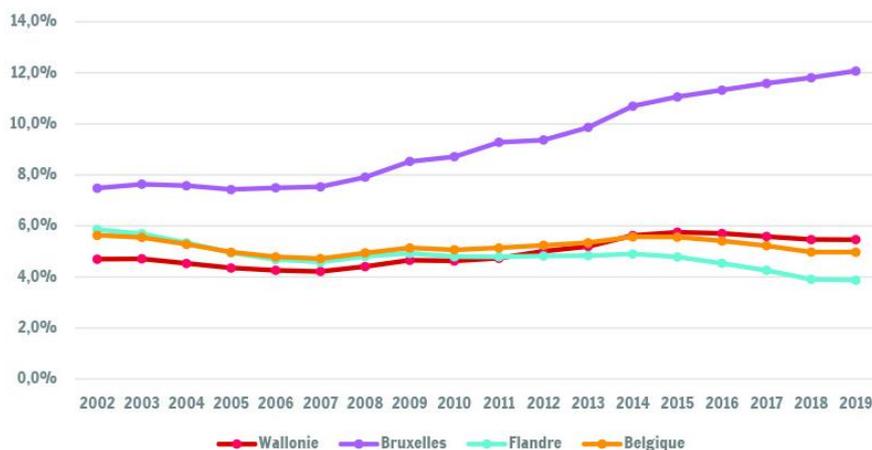
¹⁹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.27.

²⁰ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. (2016). Les notes de l'Observatoire n° 3. LES PERSONNES ÂGÉES ET LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS EN RÉGION BRUXELLOISE. APERÇU EN 2016 ET FOCUS SUR LES RÉSIDENTS AUX PROFILS O OU A.

²¹ Ibidem.

Le graphique ci-dessous illustre la part des personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires de la garantie de revenus accordée aux personnes âgées dont les revenus du ménage sont insuffisants (GRAPA). En comparaison aux autres Régions, le taux de GRAPA à Bruxelles (12,8%) est supérieur à celui de la Wallonie (5,46%) et de la Flandre (3,88%)²².

Figure 14 : Part de GRAPA chez les 65 ans et plus (2002-2019)



Source : IWEPS²³.

3.1.1.4. Les forfaits IRISCARE

Les MR/MRS bénéficient d'un forfait de financement IRISCARE. Cette intervention, attribuée aux institutions par année civile, est attribuée selon²⁴ :

- le degré de dépendance des bénéficiaires hébergés (échelle de Katz) ;
- le nombre de personnes hébergées ;
- le personnel de soins, suivant les normes de personnel

3.1.1.5. La répartition géographique des MR et MRS à Bruxelles

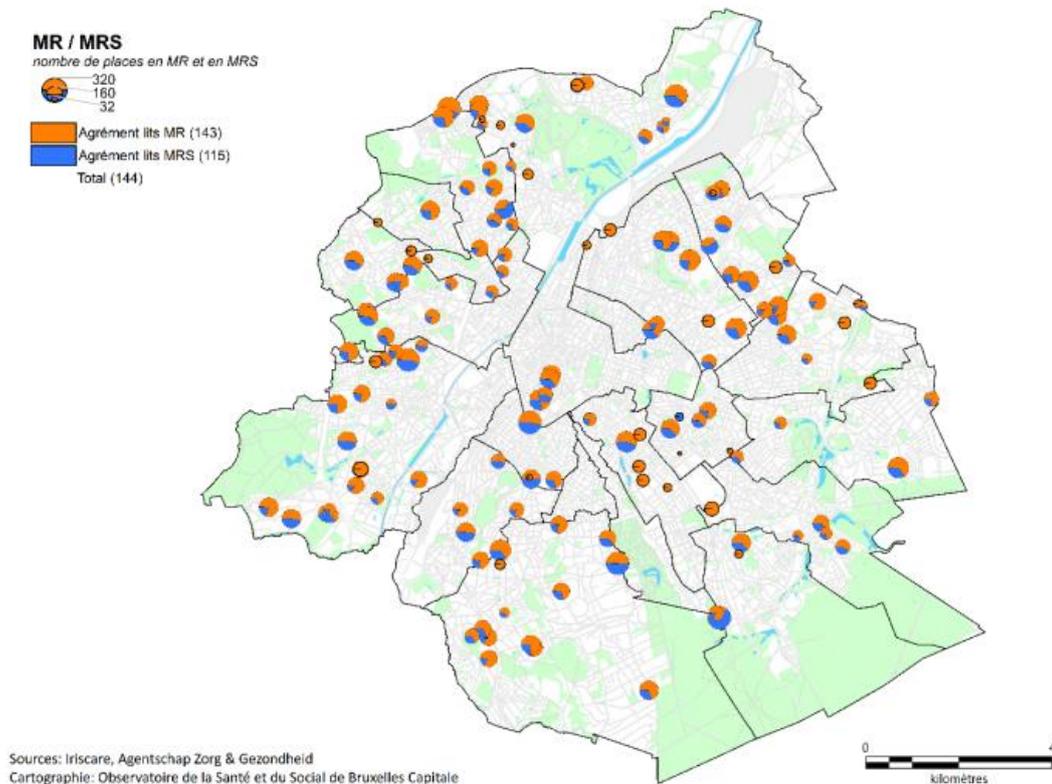
La carte ci-dessous illustre la répartition des lits MR et MRS sur le territoire de la Région bruxelloise.

²² IWEPS. (2021). Part de GRAPA chez les 65 ans et plus. <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/part-de-grapa-chez-65-ans-plus/>

²³ IWEPS. (2021). Part de GRAPA chez les 65 ans et plus. <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/part-de-grapa-chez-65-ans-plus/>

²⁴ ASBL Senoah. Intervention de l'INAMI octroyée aux Maisons de repos et aux Maisons de repos et de soins

Figure 15 : Situation des lits MR et MRS agréés par structure (juin 2021)



Source : Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles²⁵.

Dans une publication de septembre 2021, l'Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles analyse le taux de couverture des places résidentielles à Bruxelles. Les analyses montrent que toutes les communes bruxelloises possèdent une offre de lits MR/MRS.

En revanche, le taux de couverture diverge en fonction des communes :

- les communes d'Evere et de Molenbeek-Saint-Jean disposent de taux de couverture élevés à la fois pour les personnes de 65 ans et plus et les personnes de 75 ans et plus ;
- la commune de Woluwe-Saint-Pierre a le taux de couverture le plus bas.

²⁵ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.24.

Figure 16 : Nombre de lits MR/MRS et nombre de lits pour 100 habitants de 65 ans et de 75 ans et plus, par commune (2016).

	Nombre de lits MRPA	Nombre de lits MRS	Total MRPA/MRS	Nombre total de lits par 100 habitants de 65 ans et plus	Nombre total de lits par 100 habitants de 75 ans et plus
Anderlecht	961	782	1743	11,5	21,9
Bruxelles	1 532	927	2459	12,6	26,5
Ixelles	489	180	669	7,1	15,4
Etterbeek	263	217	480	9,2	18,8
Evere	708	500	1208	18,9	34,5
Ganshoren	189	80	269	6,1	11,4
Jette	561	426	987	12,8	24,6
Koekelberg	201	70	271	10,4	20,7
Auderghem	289	144	433	8,0	15,3
Schaerbeek	648	379	1 027	7,9	16,7
Berchem-Sainte-Agathe	247	166	413	10,9	21,2
Saint-Gilles	220	170	390	8,5	19,7
Molenbeek-Saint-Jean	968	557	1 525	13,5	26,7
Saint-Josse-ten-Noode	77	70	147	6,8	16,5
Woluwe-Saint-Lambert	558	142	700	7,5	14,4
Woluwe-Saint-Pierre	227	185	412	5,2	9,1
Uccle	1 067	641	1 708	10,9	20,4
Forest (Bruxelles-Capitale)	270	310	580	7,7	15,7
Watermael-Boitsfort	284	290	574	11,6	23,3
Région bruxelloise	9 759	6 236	15 995	10,2	20,3

Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles²⁶

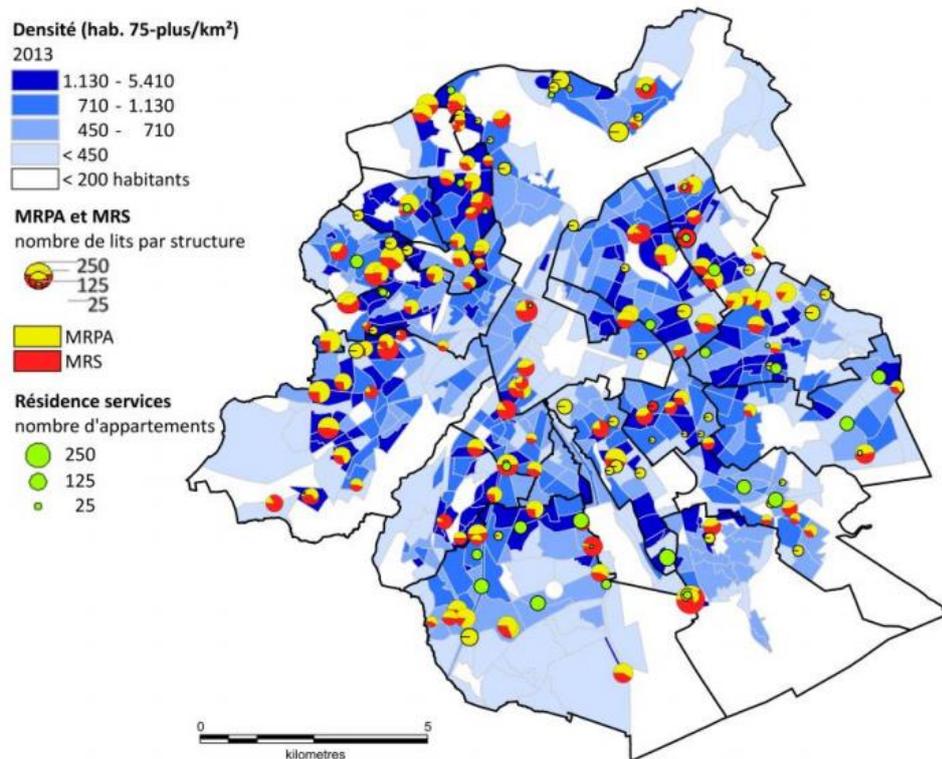
L'analyse de la densité des personnes âgées²⁷ au regard de l'implantation des maisons de repos permet à l'Observatoire de la Santé de constater que ces implantations ne correspondent pas tout à fait à la répartition réelle des personnes âgées²⁸. À noter tout de même que l'implantation des maisons de repos n'est pas uniquement déterminée par la présence - dense ou non - de personnes âgées.

²⁶ Observation de la Santé et du Social de Bruxelles. (2016). Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A. Les notes de l'Observatoire n° 3, p. 22.

²⁷ Nombre de personnes de 75 ans et plus par km², par secteur statistique

²⁸ Observation de la Santé et du Social de Bruxelles. (2016). Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A. Les notes de l'Observatoire n° 3, p. 24.

Figure 17 : Densité des personnes âgées de 75 ans et plus et structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos, maisons de repos et de soins et résidences-services) en Région bruxelloise (1er juin 2016)



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles²⁹

3.1.1.6. Les résidents en maison de repos et en maison de repos et de soins

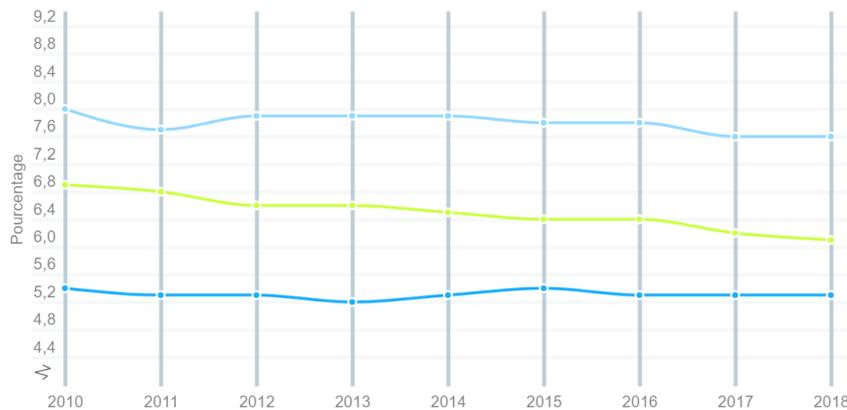
- La part de la population de 65 ans et plus vivant en maison de repos et en maison de repos et de soins

En 2018, en Région bruxelloise, 7,6% des personnes âgées de 65 ans et plus résident dans une MR/MRS, contre 5,3% en Flandre et 6,1% en Wallonie³⁰. Bien que la Région bruxelloise se caractérise par une surreprésentation des personnes âgées au sein des MR/MRS, en comparaison aux autres Régions, nous constatons tout de même que la majorité des aînés ne sont pas en maison de repos.

²⁹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. (2016). Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A. Les notes de l'Observatoire n°3, p. 22.

³⁰ IMA. AIM. Agence Intermutualiste. Prise en charge résidentielle, 65 ans et plus - Régions. <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

Figure 18 : Prise en charge résidentielle, 65 ans et plus, par région, 2010-2018



Source : IMA - AIM. Agence Intermutualiste. ³¹

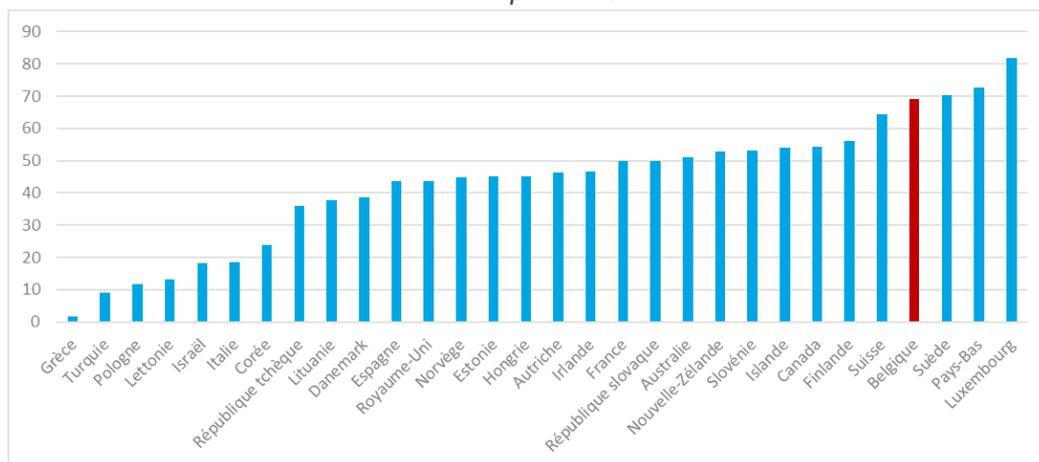
Notons que plusieurs hypothèses expliquent l’institutionnalisation précoce des Bruxellois³² :

- les personnes âgées vivant dans la précarité ou la pauvreté sont plus nombreuses ;
- une très petite part du logement est accessible financièrement ;
- une part importante des logements est inadaptée aux personnes en perte d’autonomie, en comparaison aux autres régions ;
- de nombreux quartiers sont inadaptés aux personnes avec une autonomie limitée ;
- de nombreuses personnes âgées vivent isolées avec très peu de soutien social.

Ces données conjuguées à l’offre de maisons de repos importante à Bruxelles, expliquent cette institutionnalisation précoce³³.

- **Le nombre de lits en comparaison avec les autres pays**

Figure 19: Lits en maisons médicalisées de soins de longue durée pour 1000 personnes de plus de 65 ans



³¹ IMA. AIM. Agence Intermutualiste. Prise en charge résidentielle, 65 ans et plus - Régions. <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>

³² Brulocalis (2017) MAISONS DE REPOS À BRUXELLES: LA SEULE SOLUTION POUR LES BRUXELLOIS?, Sous la loupe, p.09.

³³ Brulocalis (2017) MAISONS DE REPOS À BRUXELLES: LA SEULE SOLUTION POUR LES BRUXELLOIS?, Sous la loupe, p.09.

Source : OCDE. Stat.³⁴

Figure 20 : Nombre de lits résidentiels pour soins de longue durée, par région/communauté

Région	MRS	MRPA	Lits Coma	Total lits	Lits/1 000 personnes 65+	Lits/1 000 personnes 75+
Flandre	45 441	34 515	80	80 036	61	127
Wallonie*	22 922	25 733	65	48 720	74	163
Bruxelles	6 067	9 566	10	15 643	99	203
Total	74 430	69 814	155	144 399	68	143
Comm. germanophone	464	269	0	733	50	98

*Wallonie y compris la Communauté germanophone

Source : INAMI.

En 2018 la Belgique dispose de plus de 144 000 lits résidentiels pour des soins de longue durée, ce qui correspond à 68 lits pour 1 000 personnes de 65 ans et plus. C'est un chiffre relativement élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE.

Nous observons également d'importantes différences entre régions : 61 lits/1 000 personnes 65+ en Flandre, 74 en Wallonie et 99 à Bruxelles. Quand on considère la Communauté germanophone séparément, la densité y est bien inférieure, avec 50 pour 1 000 personnes 65+.

- **Le profil de dépendance des résidents**

Pour introduire ce volet dédié à l'analyse des profils de dépendance des résidents, nous reprenons ci-dessous l'échelle de Katz. Cette échelle d'évaluation mesure le degré de dépendance de la personne âgée.

Figure 21 : les différentes catégories de dépendance (Échelle de « Katz »)

Catégorie O	Y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement.
Catégorie A	Y sont classés les bénéficiaires qui sont : <ul style="list-style-type: none"> - dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ; - dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et l'espace et ils sont entièrement indépendants physiquement.
Catégorie B	Y sont classés les bénéficiaires qui sont : <ul style="list-style-type: none"> - dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendant pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ; - dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller

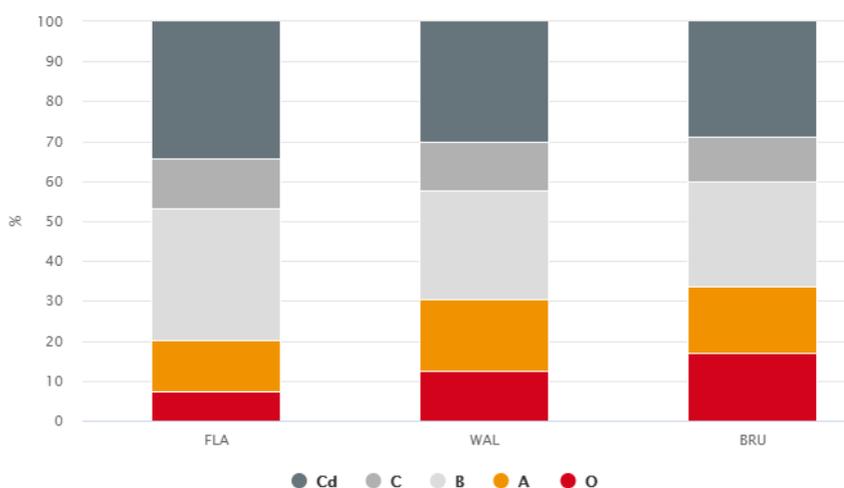
³⁴ OCDE.Stat. Ressources et Utilisation des Soins de Longue Durée.
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR&lang=fr#

Catégorie C	Y sont classés les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement : <ul style="list-style-type: none"> - ils sont dépendants pour se laver et s’habiller, et ; - ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette, et ; - ils sont dépendants pour incontinence et/ou manger.
Catégorie D	Y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d’un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.
Catégorie C Dément	Y sont classés les bénéficiaires dépendants psychologiquement : <ul style="list-style-type: none"> - ils sont désorientés dans le temps et l’espace où ; - ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d’un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectuée par un médecin spécialiste et ; - ils sont dépendants pour se laver et s’habiller, et ; - ils sont dépendants pour incontinence, et ; - ils sont dépendants pour le transfert et déplacement et/ou pour aller à la toilette, et/ ou pour manger.

Source : Iriscare³⁵.

Le premier graphique ci-dessous illustre le constat réalisé précédemment. En comparaison aux autres régions, l’institutionnalisation des personnes âgées est plus rapide à Bruxelles. Ceci s’illustre par le nombre de profils de type O, présumés autonomes, présents au sein des maisons de repos.

Figure 22: Degré de dépendance des résidents de MR/MRS par région (2018)



Source : AIM³⁶

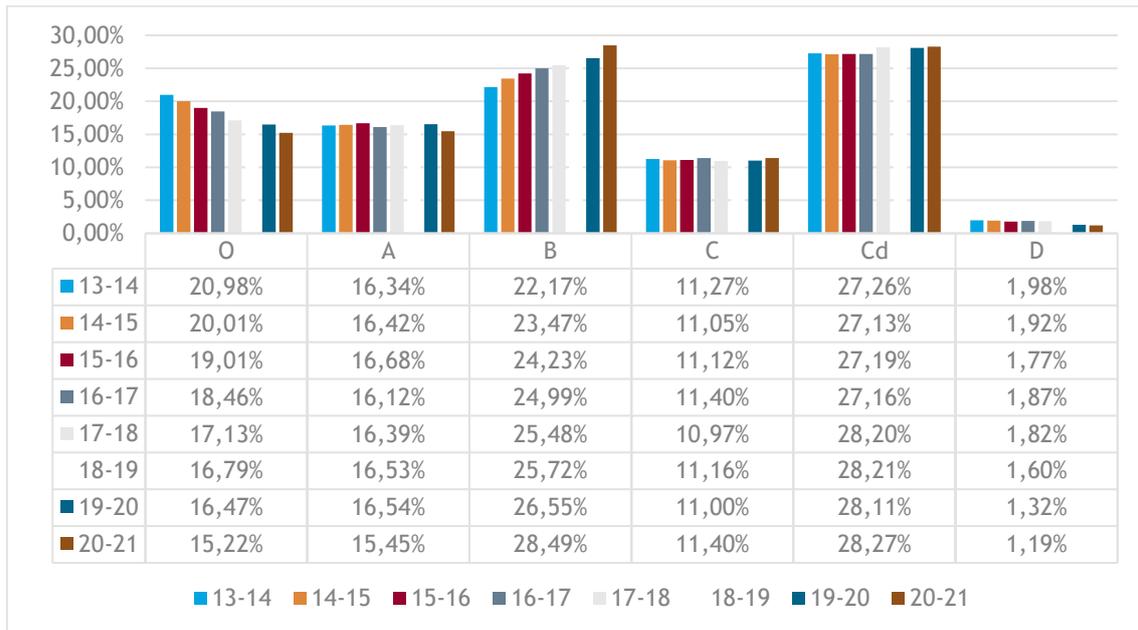
³⁵ Iriscare. Financement MR/MRS, CSJ, MSP, IHP, REVA, PALL, pp. 26-27

³⁶ Belgique en bonne santé. Soins aux personnes âgées. [https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#:~:text=La%20proportion%20de%20personnes%20C3%A2g%C3%A9es,\(Figures%201%20et%202\).](https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#:~:text=La%20proportion%20de%20personnes%20C3%A2g%C3%A9es,(Figures%201%20et%202).)

L'analyse de la représentativité des profils entre 2014 et 2021, selon le degré de dépendance, nous permet d'observer :

- une diminution des profils O (-5,76 points de pourcentage), des profils A (-0,89 points de pourcentage) et des profils D (-0,79 points de pourcentage) dans les MR/MRS ;
- une augmentation des profils B (+6,31 points de pourcentage), des profils C (+0,15 points de pourcentage) et des profils Cd (+0,99 points de pourcentage) dans les MR/MRS.

Figure 23 : Représentativité des types de profils (2021)



Source : Iriscare.

Figure 24 : Évolution des résidents en maison de repos (et de soins) selon l'échelle de Katz (2014-2021)

	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
O	20,98%	20,01%	19,01%	18,46%	17,13%	16,79%	16,47%	15,22%
A	16,34%	16,42%	16,68%	16,12%	16,39%	16,53%	16,54%	15,45%
B	22,17%	23,47%	24,23%	24,99%	25,48%	25,72%	26,55%	28,47%
C	11,27%	11,05%	11,12%	11,40%	10,97%	11,16%	11,00%	11,42%
Cd	27,26%	27,13%	27,19%	27,16%	28,20%	28,21%	28,11%	28,25%
D	1,98%	1,92%	1,77%	1,87%	1,82%	1,60%	1,32%	1,18%

Source : Iriscare.

En 1999, un quart des résidents bruxellois étaient présumés autonomes (profil O)³⁷. Aujourd'hui ce pourcentage a diminué au profit de l'augmentation des profils de type B. Une augmentation des résidents plus vulnérable est dès lors observée.

³⁷ Brulocalis. (2020). LES MAISONS DE REPOS DOIVENT-ELLES DISPARAÎTRE ? La désinstitutionalisation des aînés est-elle souhaitable ? p.12.

- **L'âge des résidents**

Les analyses quant à l'âge des résidents en MR/MRS montrent que les personnes entrent en maison de repos (et de soins) de plus en plus âgée. L'augmentation de l'espérance de vie, la préférence personnelle et sociale pour le maintien à domicile sont des données qui permettent d'expliquer cette tendance.

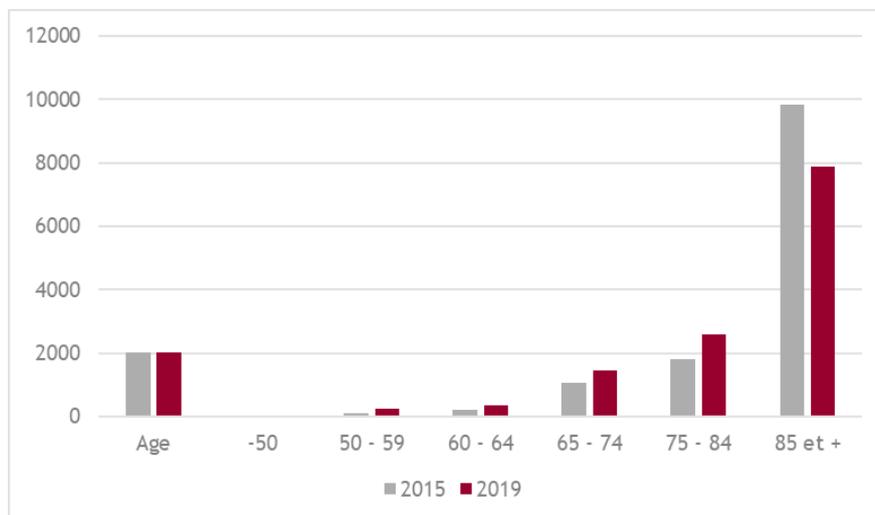
Figure 25: Résidents en MR/MRS par classe d'âge (2019)

> 50 ans	53
50-59	247
60-64	367
65-74	1458
75-84	2607
85 et +	7903
Total	12 634

Source : Iriscare, calcul : BDO

Nous observons également une diminution du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus au sein des MR/MRS. Cette diminution s'explique notamment par une natalité plus basse à l'approche et durant la deuxième guerre mondiale et une migration de retraités bruxellois en dehors de Bruxelles³⁸.

Figure 26 : Nombre de résidents par tranche d'âge en MR/MRS (2015-2019)



Source : Iriscare.

3.1.1.7. Le taux d'occupation des MR/MRS

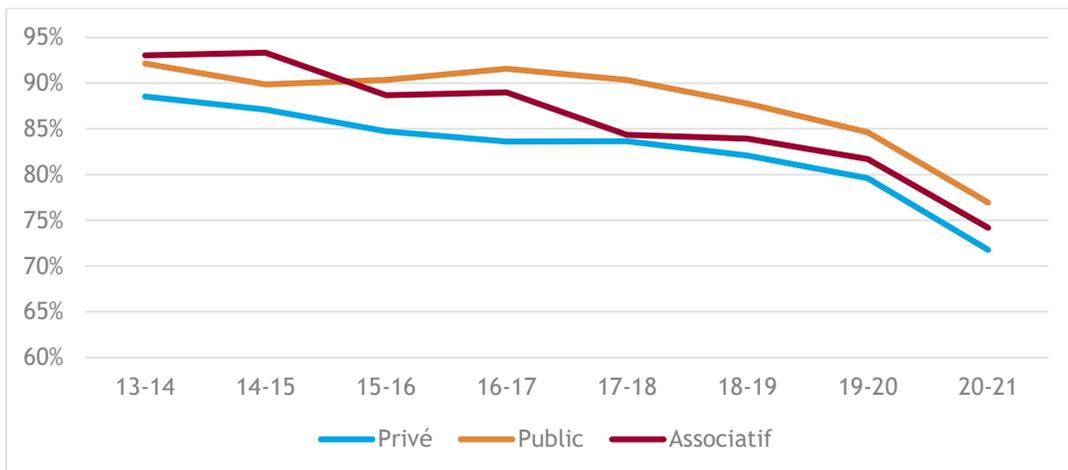
L'analyse des taux d'occupation MR/MRS, nous permet d'observer une diminution générale de l'activité au sein de ces structures d'hébergement (-9% entre 2013/2014 et 2019/2020). Tous les secteurs sont concernés.

³⁸ Brulocalis. (2020). LES MAISONS DE REPOS DOIVENT-ELLES DISPARAÎTRE ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ? pp.12-13

Cette diminution généralisée peut s'expliquer par ³⁹:

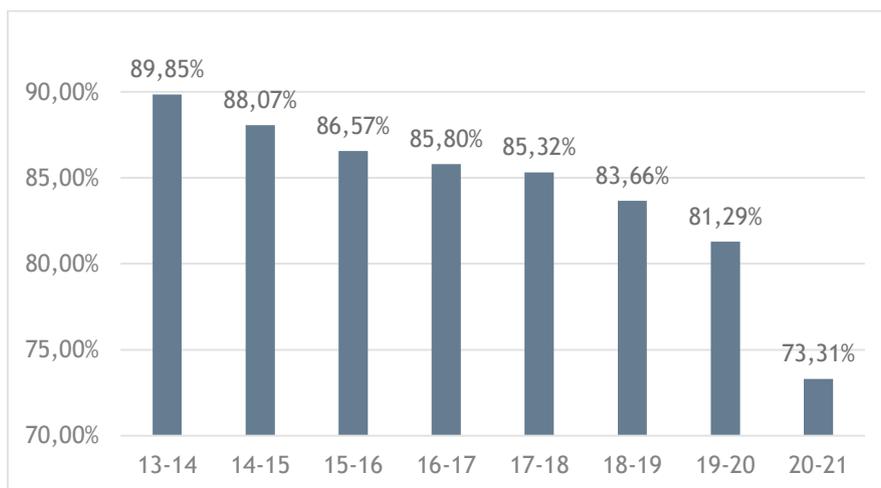
- une augmentation du nombre de lits à Bruxelles. L'offre augmente et la patientèle se disperse sur plusieurs structures. Les divergences, en terme de taux d'occupation, sont importantes à Bruxelles, certaines MR/MRS sont plus prisées que d'autres ;
- malgré une augmentation démographique globale des personnes de plus de 65 ans sur la période de 2015 - 2021, une diminution du nombre de personnes âgées de 85 ans est observée entre 2019 et 2021 ;
- la crise du covid qui a eu un impact sur l'image des institutions et sur la mortalité des personnes âgées ;
- le développement de l'offre de services à domicile ;
- un problème d'accessibilité financière de certaines MR/MRS. Les acteurs de terrain constatent une évolution du prix du secteur non proportionnelle aux revenus moyens des personnes qui s'adressent aux MR/MRS.

Figure 27 : Evolution du taux d'occupation par secteur (2014-2021)⁴⁰



Source : Iriscare

Figure 28 : Evolution du taux d'occupation globale (2014-2021)



Source : Iriscare

³⁹ Brulocalis. (2020). LES MAISONS DE REPOS DOIVENT-ELLES DISPARAÎTRE ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?, pp.12-13

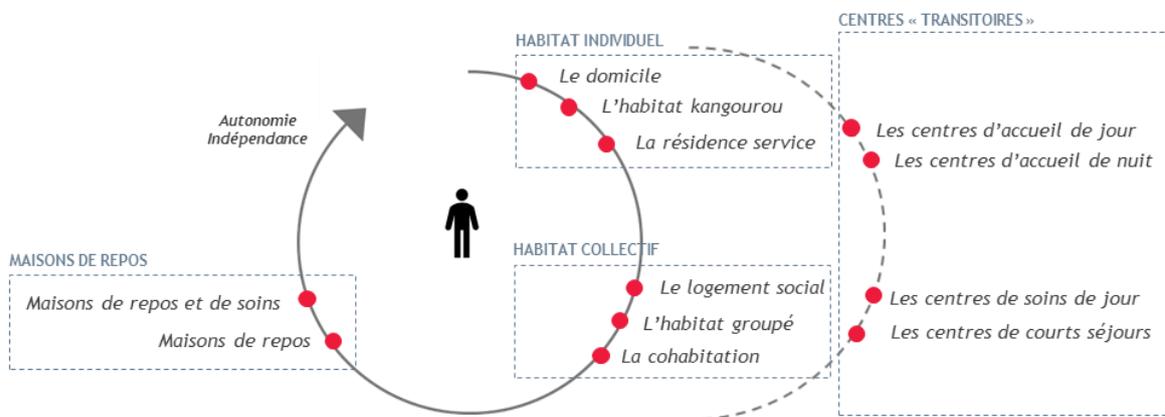
⁴⁰ Le taux d'occupation est calculé selon le nombre de places agréées et le selon le nombre de journées facturées

3.1.2. Les alternatives aux MR/MRS

3.1.2.1. Introduction

Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins demeurent, en Belgique, la solution d’hébergement la plus connue. En revanche, elles reflètent souvent une image négative pour les personnes âgées qui espèrent ne jamais devoir intégrer ces structures. Or, les alternatives à la maison de repos (et de soins) existent, elles sont nombreuses, variées en fonction de la situation de la personne âgée, mais encore trop peu connues et développées.

Le type d’habitat est intrinsèquement lié au degré d’autonomie de la personne âgée, afin de présenter de manière succincte et structurée les alternatives, celles-ci ont été placées sur un continuum, de la forme la plus individuelle (fort degré d’autonomie) à la plus collective (faible degré d’autonomie).



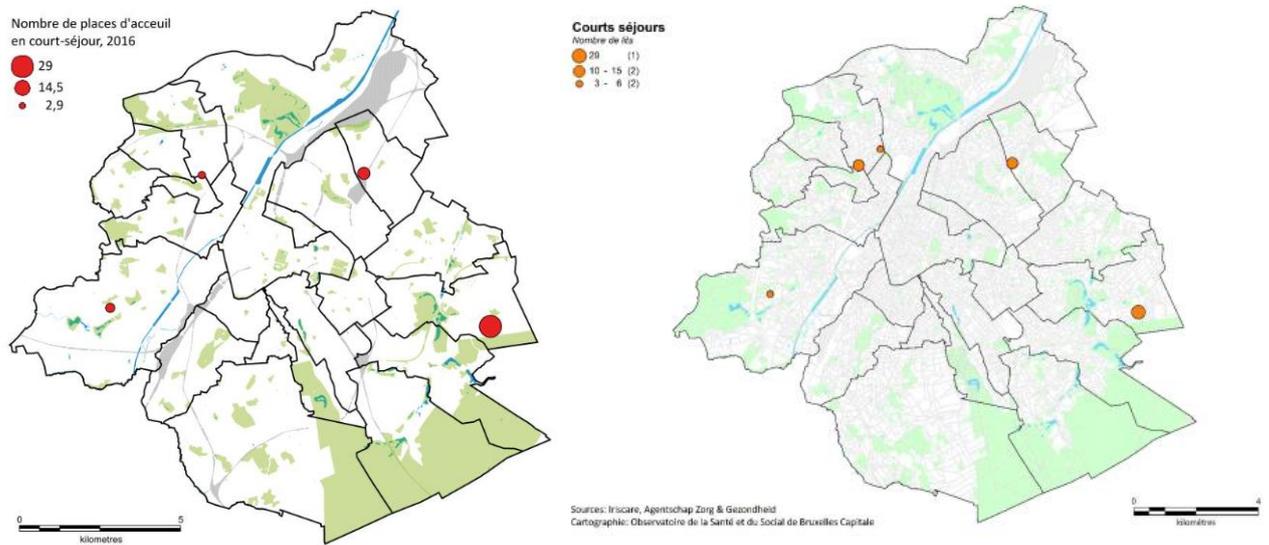
3.1.2.2. Les données quantitatives

Pour les alternatives disponibles sur le territoire bruxellois, très peu de données quantitatives existent. Nous reprenons ci-dessous les données relatives au court séjour et aux résidences services.

En 2016, seulement quatre communes disposaient de structures « court-séjour ». Il s’agit des communes de Jette, Anderlecht, Evere et Woluwe-Saint-Pierre. Cette situation a très peu évolué en cinq ans, seule la commune de Jette dispose d’une structure supplémentaire⁴¹.

⁴¹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Etude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.30.

Figure 29 : Situation des places d'accueil en court-séjour (2016 vs. 2021)



Source : Urbis, GGC-CCC, Communauté flamande.
Cartographie : Observatoire de la Santé et du social Bruxelles⁴²

Pour ce qui concerne les résidences services, il est observé que leur répartition, sur le territoire bruxellois, est peu équilibrée. En 2016, deux concentrations sont observées⁴³ :

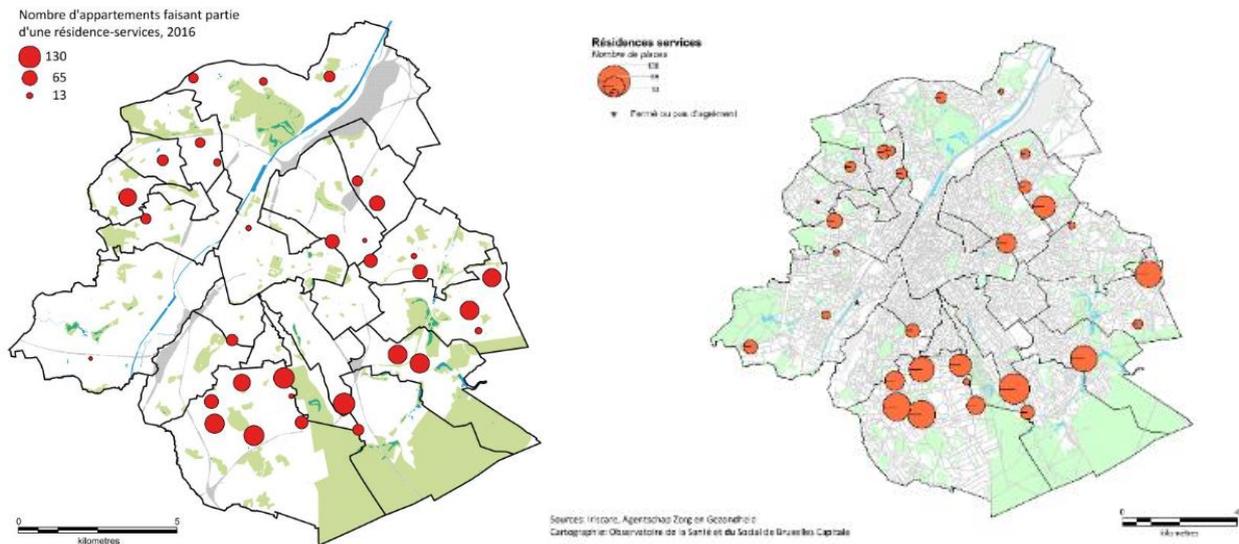
- une première au sein des communes du sud-est de Bruxelles où le statut socio-économique des citoyens est supérieur au reste de la Région,
- une seconde, moins marquée, au sein des communes de Ganshoren, de Jette et de Berchem-Sainte-Agathe qui se caractérise par une structure démographique plus âgée.

En 2021, la situation est presque identique. Seule la commune d'Anderlecht compte des nouvelles structures.

⁴² Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Etude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, pp. 30-31.

⁴³ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Etude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.31.

Figure 30 : Situation des appartements faisant partie d'une résidence-services, par structure (2016 vs. 2021)



Source : Urbis, GGC-CCC, Communauté flamande.
Cartographie : Observatoire de la Santé et du social Bruxelles⁴⁴

3.1.2.3. Carte d'identité des alternatives

Les différentes alternatives sont présentées ci-dessous, en spécifiant le public cible auquel elles s'adressent, ainsi que leurs avantages et inconvénients tels qu'étudiés par S. Carbonelle⁴⁵.

L'habitat kangourou					
Définition	« Une maison kangourou est occupée par un senior seul ou en couple et par un jeune ménage ou une personne seule. Ils partagent la même maison, vivent séparément, mais pas n'importe comment. Le but est de vivre en bon voisinage, mais également de prendre soin les uns des autres, dans la mesure du possible et du nécessaire » ⁴⁶ .				
Qui	Les personnes âgées autonome et mobile				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Les avantages</th> <th style="width: 50%;">Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • La personne âgée est souvent propriétaire et le reste • Logements indépendants, mais entraide mutuelle sentiment de sécurité • Prévenir l'isolement • Logement à coût réduit </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un accord de fonctionnement clair </td> </tr> </tbody> </table>	Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • La personne âgée est souvent propriétaire et le reste • Logements indépendants, mais entraide mutuelle sentiment de sécurité • Prévenir l'isolement • Logement à coût réduit 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un accord de fonctionnement clair
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> • La personne âgée est souvent propriétaire et le reste • Logements indépendants, mais entraide mutuelle sentiment de sécurité • Prévenir l'isolement • Logement à coût réduit 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite un accord de fonctionnement clair 				

⁴⁴ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Etude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.30.

⁴⁵ Carbonelle, S., (2017). 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, pp. 72-80.

⁴⁶ Makey I., Lampaert L., (2012). Besoins et désirs en matière d'habitat. 10 formes d'habitat comme piste de réflexion, Brussels, Kenniscentrum Woonzorg Brussel, p.25.

La résidence-service					
Définition	« La résidence service accueille des personnes âgées valides. Elle comprend des logements particuliers destinés ou offerts à la location, à la vente ou à toute autre forme d'usage ou d'occupation, même à titre gratuit, permettant aux personnes âgées une vie indépendante, avec des équipements communs de services auxquels elles peuvent faire librement appel. Un membre du personnel est toujours présent dans l'établissement de jour comme de nuit, afin de pouvoir répondre sans délai à tout appel d'une personne âgée. » ⁴⁷				
Qui	Les personnes âgées de plus de 60 ans légèrement dépendantes				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Les avantages</th> <th>Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie de la personne âgée dans un cadre collectif • Proximité de la maison de repos et possibilité de bénéficier de certains services • Cadre sécurisant et présence permanente de personnel </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Coût financier, inaccessibilité pour certaines personnes • Manque de lien social entre les résidents • Manque d'encadrement social • Implique une certaine autonomie de la part du résident • Une étape considérée comme supplémentaire au parcours des personnes âgées </td> </tr> </tbody> </table>	Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie de la personne âgée dans un cadre collectif • Proximité de la maison de repos et possibilité de bénéficier de certains services • Cadre sécurisant et présence permanente de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût financier, inaccessibilité pour certaines personnes • Manque de lien social entre les résidents • Manque d'encadrement social • Implique une certaine autonomie de la part du résident • Une étape considérée comme supplémentaire au parcours des personnes âgées
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie de la personne âgée dans un cadre collectif • Proximité de la maison de repos et possibilité de bénéficier de certains services • Cadre sécurisant et présence permanente de personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût financier, inaccessibilité pour certaines personnes • Manque de lien social entre les résidents • Manque d'encadrement social • Implique une certaine autonomie de la part du résident • Une étape considérée comme supplémentaire au parcours des personnes âgées 				

Le logement social					
Définition	« Les logements sociaux sont destinés aux personnes isolées ou aux ménages ayant des revenus modestes. Il s'agit généralement de la location d'appartements à un prix raisonnable, mais l'offre comporte aussi des maisons. En outre, les acheteurs potentiels d'une habitation ont la possibilité d'obtenir un prêt hypothécaire bon marché. » ⁴⁸				
Qui	Les citoyens avec des revenus modestes				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Les avantages</th> <th>Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Formule intéressante pour les publics précarisés • Favorise les contacts sociaux </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Peu d'accompagnement social • Manque de place et liste d'attentes très longues • Pas de disponibilité en cas de besoin immédiat • Logement pas toujours adapté à la situation de la personne </td> </tr> </tbody> </table>	Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Formule intéressante pour les publics précarisés • Favorise les contacts sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'accompagnement social • Manque de place et liste d'attentes très longues • Pas de disponibilité en cas de besoin immédiat • Logement pas toujours adapté à la situation de la personne
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> • Formule intéressante pour les publics précarisés • Favorise les contacts sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'accompagnement social • Manque de place et liste d'attentes très longues • Pas de disponibilité en cas de besoin immédiat • Logement pas toujours adapté à la situation de la personne 				

⁴⁷ Iriscare. Résidences-services pour personnes âgées. <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/residences-services-pour-personnes-agees/>

⁴⁸ Belgium.be. Logement social. https://www.belgium.be/fr/logement/logement_social

L'habitat groupé					
Définition	« L'habitat groupé est un lieu de vie où habitent plusieurs entités (familles ou personnes) et où l'on retrouve des espaces privatifs ainsi que des espaces collectifs. L'habitat groupé est caractérisé par l'auto-gestion (la prise en charge par les habitants), et par le volontarisme, c'est-à-dire la volonté de vivre de manière collective. Ce type d'habitat devrait permettre l'épanouissement de la vie sociale (au travers des espaces communs) sans altérer l'épanouissement de l'individu (au travers de sa sphère privée).» ⁴⁹				
Qui	Les personnes âgées de 60 à 75 ans sont souvent isolées, mais autonomes				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Les avantages</th> <th style="width: 50%;">Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Vivre en communauté tout en restant autonome • Allier vie privée et vie en groupe • Participation à des activités communes, implication • Sentiment de sécurité </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Offre d'habitat groupé faible • Charge financière importante • Réglementation limitée, pas de cadre réglementaire spécifique pour les habitats groupés </td> </tr> </tbody> </table>		Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Vivre en communauté tout en restant autonome • Allier vie privée et vie en groupe • Participation à des activités communes, implication • Sentiment de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'habitat groupé faible • Charge financière importante • Réglementation limitée, pas de cadre réglementaire spécifique pour les habitats groupés
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> • Vivre en communauté tout en restant autonome • Allier vie privée et vie en groupe • Participation à des activités communes, implication • Sentiment de sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'habitat groupé faible • Charge financière importante • Réglementation limitée, pas de cadre réglementaire spécifique pour les habitats groupés 				

La cohabitation					
Définition	« Dans la formule de cohabitation, chaque habitant dispose de son propre logement, comprenant une pièce de séjour, une cuisine ou une kitchenette, une salle de bain, une toilette et une ou plusieurs chambres à coucher. Par ailleurs, il y a également de nombreux espaces communautaires. » ⁵⁰				
Qui	Les personnes âgées autonome et mobile				
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Les avantages</th> <th style="width: 50%;">Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Permet aux personnes âgées de préserver un rôle social • Permet d'entretenir de multiples contacts • Sentiment de sécurité positif • Logement créé avec un souci d'écologie, confortable </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessite d'être sensible aux autres et être prêt à donner un coup de main </td> </tr> </tbody> </table>		Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux personnes âgées de préserver un rôle social • Permet d'entretenir de multiples contacts • Sentiment de sécurité positif • Logement créé avec un souci d'écologie, confortable 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite d'être sensible aux autres et être prêt à donner un coup de main
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> • Permet aux personnes âgées de préserver un rôle social • Permet d'entretenir de multiples contacts • Sentiment de sécurité positif • Logement créé avec un souci d'écologie, confortable 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite d'être sensible aux autres et être prêt à donner un coup de main 				

Ces alternatives constituent une étape intermédiaire entre l'habitat individuel et les maisons de repos. Elles nécessitent une autonomie, une mobilité et surtout la volonté de vivre en communauté et une dynamique d'entraide⁵¹.

⁴⁹ Habitat groupé-solidaire. L'habitat groupé, c'est quoi ? <https://www.habitat-groupe.be/habitat-groupe-cest-quoi/>

⁵⁰ Makey I., Lampaert L., (2012). Besoins et désirs en matière d'habitat. 10 formes d'habitat comme piste de réflexion, Brussels, Kenniscentrum Woonzorg Brussel, p.52.

⁵¹ Carbonnelle, S., (2017). 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, pp. 76-77.

Les centres d'accueil de jour					
Définition	« Les centres d'accueil de jour permettent aux personnes âgées qui vivent à domicile de bénéficier d'aides, de soins et d'animations adaptés à leur perte d'autonomie. Ils constituent une alternative au placement en maison de repos (et de soins) et permettent aux personnes âgées de rester plus longtemps chez elles. » ⁵²				
Qui	Les personnes âgées de 60 ans et plus vivant chez elles et en perte d'autonomie.				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Les avantages</th> <th>Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Soulager les personnes âgées avec une progressivité dans la prise en charge Accessibilité financière Favoriser le maintien à domicile avec un lien vers l'extérieur Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Pas de solution d'hébergement Accessibilité de la structure en termes de transports Manque de financement de ces structures </td> </tr> </tbody> </table>	Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Soulager les personnes âgées avec une progressivité dans la prise en charge Accessibilité financière Favoriser le maintien à domicile avec un lien vers l'extérieur Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de solution d'hébergement Accessibilité de la structure en termes de transports Manque de financement de ces structures
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> Soulager les personnes âgées avec une progressivité dans la prise en charge Accessibilité financière Favoriser le maintien à domicile avec un lien vers l'extérieur Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> Pas de solution d'hébergement Accessibilité de la structure en termes de transports Manque de financement de ces structures 				

Les centres d'accueil de nuit					
Définition	« Les centres d'accueil de nuit prennent en charge, la nuit et une partie de la soirée, des personnes âgées qui nécessitent une surveillance, des aides ou des soins de santé » ⁵³ .				
Qui	Les personnes âgées de 60 ans et plus qui sont en perte d'autonomie. Ces personnes restent chez elles la journée, souvent avec l'aide et la surveillance des proches, mais qui ne peuvent assurer le suivi la nuit.				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Les avantages</th> <th>Les inconvénients</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Favorise le maintien à domicile de la personne âgée dans son environnement habituel en journée Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Solution « rare » </td> </tr> </tbody> </table>	Les avantages	Les inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Favorise le maintien à domicile de la personne âgée dans son environnement habituel en journée Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> Solution « rare »
Les avantages	Les inconvénients				
<ul style="list-style-type: none"> Favorise le maintien à domicile de la personne âgée dans son environnement habituel en journée Solution de « répit » pour l'entourage de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> Solution « rare » 				

Centre de soins de jour	
Définition	« Les centres de soins de jour fournissent à des personnes dépendantes physiquement et/ou psychiquement des soins infirmiers, paramédicaux et de kinésithérapie. Ils fournissent également une aide dans les activités quotidiennes. Grâce aux soins et aux services adaptés de ce type de centre, ces personnes peuvent vivre chez elles le plus longtemps possible tout en restant relativement autonomes. Ils permettent de retarder une admission en maison de repos (et de soins) et d'éviter certaines hospitalisations ». ⁵⁴
Qui	Les personnes qui sont dépendantes physiquement ou psychiquement et qui dès lors ne peuvent assurer seules leur vie quotidienne.

⁵² Iriscare. Centres d'accueil de jour pour personnes âgées. <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/centres-daccueil-de-jour-pour-personnes-agees/>

⁵³ Iriscare. Centres d'accueil de nuit pour personnes âgées. <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/centres-daccueil-de-nuit-pour-personnes-agees/>

⁵⁴ Iriscare. Centres de soins de jour. <https://www.iriscare.brussels/fr/citoyens/seniors/centres-de-soins-de-jour/>

Les avantages	Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le maintien à domicile • Solution de « répit » pour l’entourage de la personne âgée • Éviter l’isolement par la vie en collectivité • Prise en charge personnalisée 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de solution d’hébergement • Accessibilité de la structure en termes de transports • Manque de financement de ces structures

Les centres de courts séjours	
Définition	« Le court séjour est un hébergement temporaire pour les personnes âgées en maison de repos, pour une durée maximale de trois mois ou 90 jours cumulés par année civile. Durant ce séjour, elles peuvent bénéficier des services mis à la disposition des résidents de l’établissement selon leurs besoins. » ⁵⁵
Qui	Les personnes âgées de plus de 60 ans.
Les avantages	Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Formule « transitoire » intéressante pour soulager les personnes âgées, permettre une mise au point • Formule adaptée quand besoin d’un accueil temporaire (en comparaison aux maisons de repos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de solution à long terme • Charge administrative (pour une aide de courte durée) • Coût pas toujours pris en charge

D’autres pistes, à même de retarder l’institutionnalisation en maison de repos (et de soins), existent. Bien qu’ils s’agissent souvent d’expériences développées à petite échelle elles représentent une réponse à une demande croissante d’accompagnement et de soins de longue durée. Notons tout de même que ces structures alternatives présentent également des limites⁵⁶ : présence en nombre insuffisant, coût, inadéquation en cas de perte d’autonomie psychique ou en indépendance physique, etc.

Les acteurs du secteur s’accordent pour confirmer que, à Bruxelles, il y a un manque de structures alternatives et disponibles à prix abordable.

3.1.3. Les aides et soins à domicile

D’après les données disponibles (datant de 2016), 8,5 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en structure de soins résidentielle, tandis que 5,1 % des personnes âgées reçoivent des soins infirmiers à domicile. Il est intéressant de noter l’importante variabilité géographique en matière de recours aux soins infirmiers résidentiels et à domicile. Par rapport à la Flandre et à la Wallonie, la région de Bruxelles-Capitale présente un pourcentage plus élevé de personnes âgées vivant en structure résidentielle (10,3 % à Bruxelles contre 9,0 % en Wallonie et 8,0 % en Flandre) et le pourcentage le plus faible de soins infirmiers à domicile (3,3 %).

⁵⁵ Iriscare. Courts séjours pour personnes âgées.

⁵⁶ Infor-Homes/Home-Info Bruxelles. (2019). L’accompagnement de l’adulte âgé en Région Bruxelloise : des constats de terrain vers une interpellation politique et citoyenne, p.5.

Figure 31 : Indicateurs de soins pour les personnes âgées.

(ID) indicateur	Score BEL	Année	Fla	Wal	Bxl	Source	EU-15*
Accessibilité des services de soins de longue durée							
Soins de longue durée en MRPA/MRS							
ELD-1 Soins de longue durée en MRPA/MRS (% de la pop. âgée de +65 ans)	C	8.5	2016	8.0	9.0	10.3	IMA -
Soins de longue durée à domicile							
ELD-2 Soins de longue durée à domicile (% de la pop. âgée de +65 ans)	C	5.1	2016	5.5	4.8	3.3	IMA 8.7
Aidants informels							
ELD-3 Aidants informels (% de la pop. âgée de +50 ans)	C	20	2015	-	-	-	SHARE 13.3
Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions (par 1000 hab. de +65 ans)							
ELD-4 Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions (par 1000 hab. de +65 ans) <small>NEW 2019</small>	C	68	2018	61	74	99	RIZIV 46.2
Personnes présentant une faible dépendance et vivant en institution (% de résidents)							
ELD-5 Personnes présentant une faible dépendance et vivant en institution (% de résidents) <small>NEW 2019</small>	C	25	2018	20	31	34	RIZIV -

Source : Belgiqueenbonnesante.be⁵⁷

Cette information permet également de se situer par rapport à la moyenne européenne (OCDE : 15) et démontre une nouvelle fois une insuffisance en termes de prise en charge des soins de longue durée à domicile⁵⁸. A l'inverse, le nombre de lits de soins de longue durée est très nettement supérieur à la moyenne.

⁵⁷ Belgiqueenbonnesanté.be. (2019). Soins aux personnes âgées.

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees#ELD-1>

⁵⁸ L'accessibilité des soins de longue durée, à travers l'évolution de la proportion des personnes âgées recevant des soins professionnels de longue durée, en soins résidentiels (ELD-1) et à domicile (ELD-2), ainsi que le nombre d'aidants informels (ELD-3), le nombre de lits de soins de longue durée (ELD-4) et l'utilisation optimale de ces lits (ELD-5)

4. Évolution du contexte socio-culturel

4.1. Les différentes raisons d'une entrée en maison de repos (et de soins)

Dans son étude, S. Carbonnelle identifie six profils « typique » de résidents au sein des maisons de repos⁵⁹. Ces profils sont présentés dans le tableau ci-dessous. Notons qu'ils ne représentent pas de manière exhaustive toute la diversité des situations individuelles présentes au sein de ces structures d'hébergement.

1. Pour préserver leur autonomie face à leur avancée en âge	2. Pour être protégé face à un sentiment de vulnérabilité et de fragilité.
Origine : Logique d'anticipation Caractère volontaire, volonté d'anticiper le vieillissement	Origine : Logique d'adaptation Caractère volontaire, volonté d'être pris en charge
Situation vis-à-vis de l'entourage : Souhait de ne pas dépendre de ces proches (garder une bonne relation)	Situation vis-à-vis de l'entourage : Personne non isolée, mais qui ne peut pas compter sur son entourage
Profil : Indépendant et autonome Classes aisées et moyennes Mobiles, peu besoin d'aide	Profil : Sentiment de fragilité Mobilité difficile, santé qui commencer à se dégrader
Représentation de la maison de repos : Lieu sécurisant, qui permet de ne pas être isolé	Représentation de la maison de repos : La « bonne solution »
3. Par fragilité, suite à un évènement de santé, par prévention des risques chez soi	4. Le placement pour des raisons sociales
Origine : Caractère semi-contraint, nécessité de renoncer à rester chez soi	Origine : Logique d'urgence Caractère contraint de l'institutionnalisation, souvent suite à une perte de logement ou une hospitalisation
Situation vis-à-vis de l'entourage : Entourage pas ou peu disponible, voire absent	Situation vis-à-vis de l'entourage : Personnes isolées socialement
Profil : Personnes fragilisées par la maladie, En incapacité En situation de handicap.	Profil : Personnes relativement « jeunes » Fragilité au niveau de la santé ou précarisée Besoins multiples et spécifiques
Représentation de la maison de repos : Un lieu répondant à un besoin de sécurité, voire de surveillance	Représentation de la maison de repos : Représentation variée : un home d'accueil, une « prison », ou encore une solution provisoire

⁵⁹ Carbonnelle, S., (2017). 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, pp. 13-43.

5. Entrée dans le prolongement d'un parcours institutionnel	6. L'entrée conjointe
Origine : Caractère contraint, justifié par l'absence ou le manque de place dans d'autres structures résidentielles	Origine : Logique « par défaut », pour accompagner une personne qui nécessite davantage de soins
Situation vis-à-vis de l'entourage : Personnes ayant eu un parcours institutionnel préalable ou n'ayant jamais quitté le domicile parental	Situation vis-à-vis de l'entourage : Conjoint ou enfant en difficulté qui justifie un accompagnement dans l'institutionnalisation
Profil : Personnes relativement « jeunes » Dans une situation de handicap ou souffrante de problèmes de santé mentale	Profil : Personne n'ayant pas ou ayant peu de besoins d'aide Accompagne qui personne qui nécessite davantage de soins et d'aide
Représentation de la maison de repos : Une structure d'hébergement comme une autre	Représentation de la maison de repos : Une structure pour continuer à vivre à deux

4.2. Le regard sur les personnes âgées : la représentation de la vieillesse

La stigmatisation des personnes âgées n'est pas un phénomène nouveau et constitue, dans nos sociétés où le vieillissement soulève des questions sociales, éthiques et économiques, un enjeu. Régulièrement associée à une représentation empreinte de préjugés négatifs, la personne âgée n'est plus considérée comme un acteur social à part entière au sein de la société⁶⁰.

Les études sur la représentation de la personne âgée sont nombreuses et variées. Citons parmi celles-ci l'analyse réalisée par le professeur B. Van Gorp qui identifie onze représentations différentes de la vieillesse ou encore celle de P. Beloni qui s'intéresse notamment à l'évolution des représentations sociales de la vieillesse et conclut que « au fil du temps, ces représentations ont évolué avec une constance à trouver un remède au vieillissement voire de le cacher »⁶¹.

Répondre aux enjeux du vieillissement implique un changement de posture vis-à-vis des personnes âgées : *de quelle manière la personne perçoit-elle son vieillissement ? Quel sens faut-il donner aux structures d'hébergement ?* Le vieillissement ne doit, en aucun cas, porter atteinte à la dignité, l'autonomie et la qualité de vie à laquelle nous aspirons⁶².

4.3. La diversité des cultures

Une dimension à prendre en compte est sans aucun doute la "multi-culturalité" et l'hétérogénéité de la nationalité des personnes âgées bruxelloises. Si Bruxelles comptait très

⁶⁰ Beloni, P. 2019. Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. Médecine humaine et pathologie. Université de Limoges.

⁶¹ Beloni, P. 2019. Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées. Médecine humaine et pathologie. Université de Limoges.

⁶² Infor-Homes/Home-Info Bruxelles. (2019). L'accompagnement de l'adulte âgé en Région Bruxelloise : des constats de terrain vers une interpellation politique et citoyenne, p.4.

peu de personnes âgées de nationalité non belge dans les années septante, elle connaît aujourd’hui un nombre croissant de personnes âgées retraitées issues de l’immigration. La culture a une influence sur la perception du vieillissement et la conception des soins aux personnes âgées⁶³.

Comme nous pouvons l’observer sur le tableau ci-dessous, la proportion de personnes âgées de nationalité non belge a augmenté au cours de ces dix dernières années⁶⁴. Cette augmentation, bien que moins forte que la population totale, se marque particulièrement chez les personnes de plus de 75 ans.

Figure 32 : proportion de personnes ayant la nationalité non belge, par catégorie d’âge (2009-2019)

	Tous les âges			65 ans et plus			Population totale
	< 18 ans	18-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	
2009	21,6	34,6	15,4	20,2	12,7	7,6	29,1
2010	22,7	35,6	15,8	20,4	13,5	7,8	30,0
2011	24,4	37,2	16,3	20,7	14,3	8,2	31,5
2012	26,0	38,2	16,6	20,6	15,0	8,6	32,6
2013	26,5	38,8	16,8	20,5	15,5	8,9	33,1
2014	26,6	38,8	16,9	20,3	15,9	9,2	33,1
2015	27,5	39,7	17,2	20,3	16,4	9,8	33,9
2016	28,3	40,4	17,5	20,2	17,0	10,5	34,6
2017	28,5	40,5	17,6	20,0	17,5	10,8	34,8
2018	28,5	40,6	17,7	19,9	17,7	11,3	34,8
2019	28,5	40,7	17,8	19,8	17,8	11,7	34,9

Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles⁶⁵

En 2018, le pourcentage de Bruxellois ayant une nationalité non-belge à la naissance était de⁶⁶ :

- 65.5% chez les 50-64 ans ;
- 45.9% chez les 65-75 ans ;
- 25.3% chez les 80 ans et plus.

Ceci amène à penser qu’une croissance de la diversité parmi les personnes âgées bruxelloises va être observée au cours des prochaines années. Comme le souligne l’Observatoire et de la Santé et du Social de Bruxelles, « les personnes âgées ayant une nationalité non-belge sont globalement moins scolarisées, sont davantage vulnérables et restent trop peu familiarisées avec notre système de soins comparativement à celles ayant la nationalité belge »⁶⁷.

⁶³ Infor-Homes/Home-Info Bruxelles. (2019). L’accompagnement de l’adulte âgé en Région Bruxelloise : des constats de terrain vers une interpellation politique et citoyenne, p.8.

⁶⁴ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d’accueil ou d’hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l’offre d’hébergement, p.12.

⁶⁵ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d’accueil ou d’hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l’offre d’hébergement, p.12.

⁶⁶ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d’accueil ou d’hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l’offre d’hébergement, p.12.

⁶⁷ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d’accueil ou d’hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l’offre d’hébergement, p.12.

Complémentaire, le solde migratoire externe⁶⁸ a baissé en 2010 et 2020. Durant cette période, une baisse remarquable du solde migratoire externe est observée car l'immigration externe a baissé depuis 2010 et surtout en 2019 après la crise sanitaire. Dans les projections du bureau fédéral du plan de 2020 à 2070, les flux migratoires resteraient avec une croissance limitée.

Les réflexions autour des structures hébergement doivent tenir compte de l'influence de cette diversité. L'accompagnement des personnes âgées doit être pensé de manière inclusive, en restant attentif aux spécificités culturelles de ces personnes⁶⁹.

4.4. La transition démographique

4.4.1. La population bruxelloise continue à croître

Depuis 1996, la population bruxelloise n'a jamais cessé d'augmenter⁷⁰. Après une forte augmentation observée entre 2008 et 2013, la Région poursuit dorénavant une croissance plus modérée. La population bruxelloise a augmenté de 9.713 personnes en 2019, en 2018 cette hausse était de 9.816⁷¹.

Au 1^{er} janvier 2021, la Région de Bruxelles-Capitale comptait 1.192.214 personnes. Les projections démographiques du Bureau Fédéral du Plan⁷² tendent à montrer que cette croissance devrait perdurer durant les prochaines années et que la Région bruxelloise devrait compter 8% de résidents en plus d'ici 2070⁷³.

L'évolution démographique de la population bruxelloise s'explique par⁷⁴ :

- un solde naturel⁷⁵ positif, il naît toujours largement plus de Bruxellois qu'il n'en meurt ;
- un solde migratoire interne qui diminue depuis 2000, le nombre de départs de la Région surpasse le nombre d'entrées ;
- un solde migratoire international positif et en hausse.

4.4.2. Les caractéristiques de la population bruxelloise

La Région bruxelloise se caractérise par une population relativement jeune. Au 1^{er} janvier 2020, l'âge moyen des bruxellois est de 37.58 ans (contre 42.85 en Flandre et 41.57 en Wallonie). Cet indicateur est en hausse depuis 2016, et ce après une baisse constante entre 1992 et 2014⁷⁶. La Région bruxelloise reste de ce fait la région à la population la plus jeune⁷⁷.

⁶⁸ La différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur un pays (immigrants) et le nombre de personnes qui en sont sorties (émigrants) calculé au cours d'une année

⁶⁹ Infor-Homes/Home-Info Bruxelles. (2019). L'accompagnement de l'adulte âgé en Région Bruxelloise : des constats de terrain vers une interpellation politique et citoyenne, p.4.

⁷⁰ Hermia, J-P., 2019. Baromètre démographique 2019 de la Région de Bruxelles-Capitale. Focus n° 34, IBSA, p.5

⁷¹ <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

⁷² Actualisation au 8/02/2022

⁷³ <https://environnement.brussels/lenvironnement-etat-des-lieux/en-detail/contexte-bruxellois/levolution-demographique-en-region>

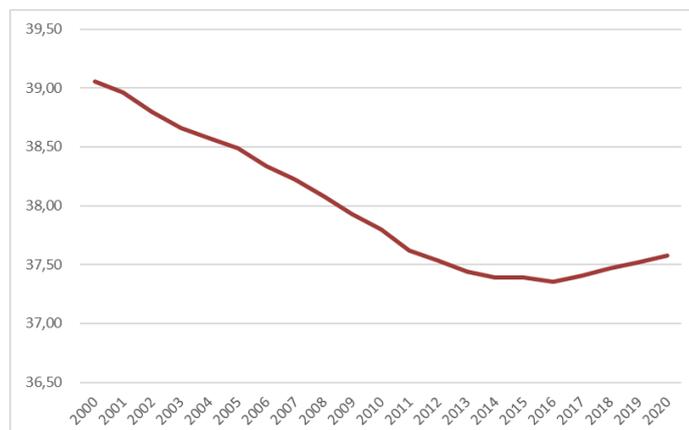
⁷⁴ Hermia, J-P., 2019. Baromètre démographique 2019 de la Région de Bruxelles-Capitale. Focus n° 34, IBSA, p.3 https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/Focus-34_FR_v6_0.pdf

⁷⁵ C'est-à-dire la différence entre le nombre de naissances et de décès

⁷⁶ Hermia, J-P., 2019. Baromètre démographique 2019 de la Région de Bruxelles-Capitale. Focus n° 34, IBSA, p.2

⁷⁷ https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/Focus-34_FR_v6_0.pdf

Figure 33 : Âge moyen 2000-2020 - Région de Bruxelles-Capitale

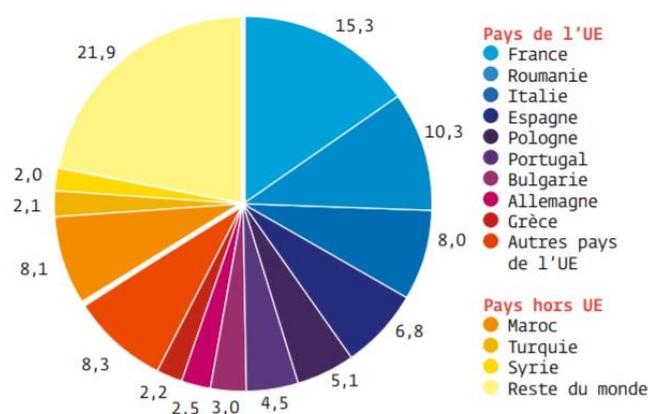


Source : IBSA⁷⁸.

Une autre caractéristique de la Région bruxelloise est la part de la population étrangère, c'est-à-dire des habitants qui ne disposent pas de la nationalité belge. En 2019, cette population représente 34.9% de la population bruxelloise⁷⁹. Cette donnée a un impact certain sur la croissance de la population bruxelloise.

Parmi les étrangers habitant en Région bruxelloise, le nombre de Français demeure important et en augmentation, suivi par les Roumains en nette hausse en comparaison à 2019.

Figure 34 : Principales nationalités étrangères en 2020 (% de la population totale de nationalité étrangère au 1er janvier)



Source: IBSA. Mini Bru 2021⁸⁰.

4.4.3. Le vieillissement de la population

Le 1^{er} janvier 2020, la Belgique compte 11.492.641 Belges, dont 2.204.478 âgés de 65 ans et plus⁸¹. Cela correspond à 19% de la population. A Bruxelles, 13% de la population est âgée de 65 ans et plus⁸². Comparée aux deux autres Régions, la Région bruxelloise a une structure

⁷⁸ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Structure par âge.

<https://ibsa.brussels/themes/population/structure-par-age>

⁷⁹ Hermia, J-P., 2019. Baromètre démographique 2019 de la Région de Bruxelles-Capitale. Focus n° 34, IBSA, p.3

⁸⁰ http://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/PerspectiveBrussels-Mini-Bru_2021-FR.pdf

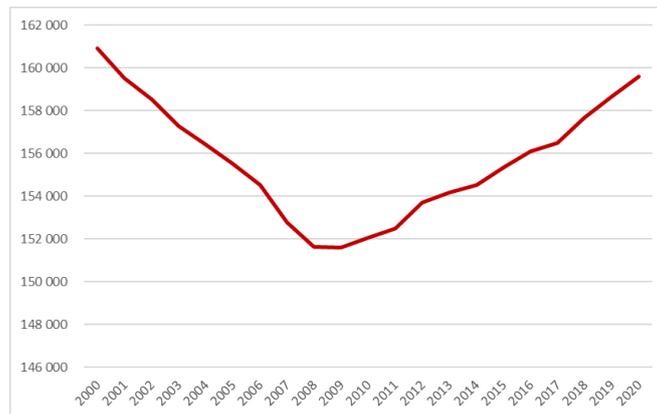
⁸¹ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Population par groupe d'âge. Total.

⁸² Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Population par groupe d'âge. Total.

démographique plus jeune (en Flandre 20% de la population est âgée de 65 ans et plus, en Wallonie ce pourcentage est de 19%).

Depuis 2010, le nombre absolu de personnes âgées bruxelloises augmente. Cette augmentation s'inscrit dans le cadre d'une forte croissance démographique dans toutes les catégories d'âge.

Figure 35 : population âgée de 65 ans et plus (2000-2020) - Région de Bruxelles-Capitale



Source : IBSA.

En 2021, la Région bruxelloise compte 159.026 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 357 de plus qu'en 2019. Entre 2016 et 2021, nous observons une augmentation du nombre de personnes âgées des plus de 65 ans alors qu'on observe sur la même période une diminution des plus de 80 ans.

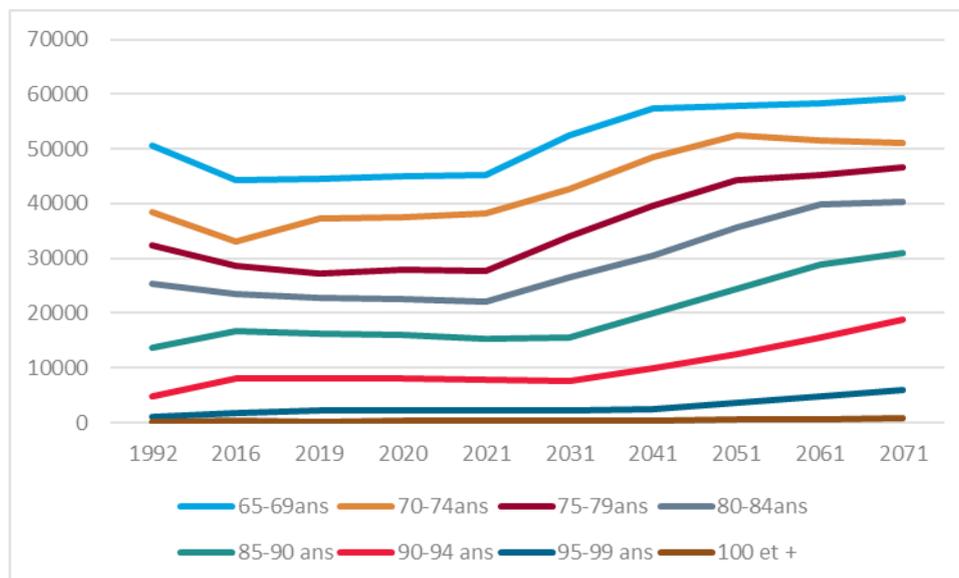
Figure 36 : Population de la Région bruxelloise âgée de 65 ans et plus

	1992	2016	2019	2020	2021	2031	2041	2051	2061	2071
0-59ans	733300	979405	995131	1002877	1003892	1013854	1008849	1000396	991935	981689
60-64ans	51489	52379	54742	55785	57052	65079	69570	67644	66403	71512
65-69ans	50631	44266	44522	44956	45284	52465	57498	57892	58392	59303
70-74ans	38367	33078	37390	37624	38276	42771	48502	52594	51565	51130
75-79ans	32438	28577	27340	27829	27756	33954	39666	44198	45329	46547
80-84ans	25369	23437	22688	22570	22154	26434	30535	35615	39969	40297
85-90 ans	13773	16608	16270	15992	15217	15433	19953	24514	28817	30900
90-94 ans	4810	8121	8009	8070	7915	7587	9916	12470	15647	18739
95-99 ans	938	1770	2231	2291	2154	2248	2529	3563	4694	5922
100 et +	102	249	219	261	270	337	348	481	651	871

Source : Bureau Fédéral du Plan⁸³.

⁸³ Projection démographique du Bureau Fédéral du Plan, actualisation 8/02/2022

Figure 37 : Évolution de la population âgée de 65 ans et plus (1992-2071)



Source : Bureau Fédéral du Plan⁸⁴.

4.4.3.1. Le coefficient de vieillissement

Le coefficient de vieillissement, c'est-à-dire le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population de moins de 18 ans, confirme cette tendance. En 2019, la moyenne régionale est de 57.45%⁸⁵. A noter que ce coefficient est inférieur à celui de la Flandre (104.27%) et de la Wallonie (89.73%)⁸⁶. Cette donnée reflète le récent rajeunissement de la population bruxelloise et le véritable bouleversement de la structure par âge⁸⁷. En 1990, Bruxelles enregistrait un coefficient de vieillissement supérieur à la moyenne nationale.

Selon l'institut bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), cette tendance cache une répartition très inégale de la population au sein de la Région. Il distingue trois zones⁸⁸ :

- les quartiers où le coefficient est le plus faible se caractérisent par une faible part de personnes âgées et par la présence d'une population très jeune. Ces quartiers sont davantage des quartiers du croissant pauvre, peuplé par une population très jeune et souvent d'origine étrangère ;
- les quartiers où le coefficient affiche une valeur moyenne, ce sont les quartiers du Pentagone et du sud-est de la première couronne. Ils se caractérisent par une

⁸⁴ Projection démographique du Bureau Fédéral du Plan, actualisation 8/02/2022

⁸⁵ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Monitoring des quartiers - coefficient de vieillissement. <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillissement/#:-:text=Il%20est%20important%20de%20signaler,%25%20C3%A0%20Bruxelles%20en%202019>.

⁸⁶ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Monitoring des quartiers. Coefficient de vieillissement 2019 (indicateur). <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillissement/#:-:text=Il%20est%20important%20de%20signaler,%25%20C3%A0%20Bruxelles%20en%202019>.

⁸⁷ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Monitoring des quartiers. Coefficient de vieillissement 2019 (indicateur). <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillissement/#:-:text=Il%20est%20important%20de%20signaler,%25%20C3%A0%20Bruxelles%20en%202019>.

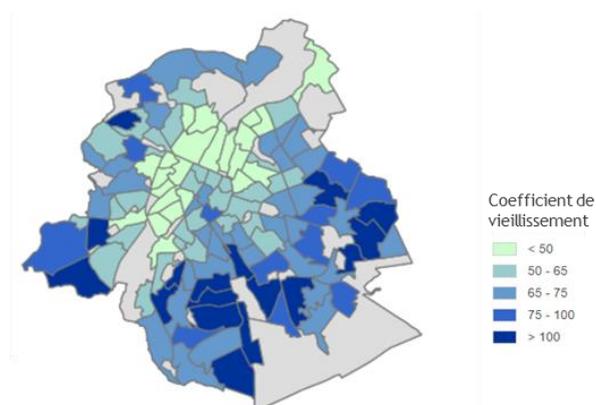
⁸⁸ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Monitoring des quartiers. Coefficient de vieillissement 2019 (indicateur). <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillissement/#:-:text=Il%20est%20important%20de%20signaler,%25%20C3%A0%20Bruxelles%20en%202019>.

population de jeunes adultes souvent sans enfants et une part peu nombreuse de personnes âgées.

Quelques quartiers de la seconde couronne ouest affichent également des valeurs moyennes, dans ces quartiers, les jeunes et les personnes âgées y sont représentés.

- le reste de la seconde couronne se caractérise par des coefficients variables, mais généralement supérieurs à la moyenne régionale. La population dans ces quartiers est plus âgée, elle se caractérise par une part importante de personnes plus âgées et de jeunes de moins de 18 ans. Les zones urbaines périphériques sont davantage peuplées de personnes âgées. En revanche, l'équilibre entre ces personnes âgées et les jeunes varie en fonction des quartiers.

Figure 38 : Coefficient de vieillissement 2019 (%)



Source : IBSA. Monitoring des quartiers⁸⁹.

4.4.4. Projections démographiques de la population âgée

4.4.4.1. Projections démographiques régionales 1992-2071

En 2008, les projections démographiques du Bureau Fédéral du Plan estimaient que la population bruxelloise devait augmenter sensiblement au cours de la période d'analyse, et ce principalement en raison de l'entrée importante d'immigrés sur le territoire bruxellois et d'un taux de fécondité des étrangers élevé⁹⁰.

Ces projections montrent également une augmentation forte des parts du groupe des plus de 80 ans, qui passe de 3,91% à 7.4% de la population en 2071.

⁸⁹ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Monitoring des quartiers. Coefficient de vieillissement 2019 (cartes). <https://monitoringdesquartiers.brussels/maps/statistiques-population-bruxelles/structure-par-age-cycle-de-vie-region-bruxelloise/coefficient-de-vieillessement/1/2019/>

⁹⁰ Bureau Fédéral du Plan et Direction générale statistique. (2008). Perspectives de population 2007-2060, Planning Paper 105, Bruxelles, p.113.

Figure 39 : Région de Bruxelles-Capitale - Population par groupe d'âge (au 1er janvier)

	1992	2016	2021	2051	2071
Pop. Totale	951 217	1 187 890	1 219 970	1 299 367	1 306 910
65-79 ans	121 436	105 921	111 316	154 684	156 980
%pop.	12,77%	8,92%	9,12%	11,90%	12,01%
80 et +	44 992	50 185	47 710	76 643	96 729
%pop.	4,73%	4,22%	3,91%	5,90%	7,40%

Source : Bureau Fédéral du Plan⁹¹

L'analyse de ces projections au regard des chiffres actuels, pour l'année 2020, nous montre que la population totale bruxelloise a augmenté de manière plus importante qu'initialement prévu par les projections. En revanche, cette augmentation concerne moins les personnes âgées dont l'augmentation est, au contraire, moins élevée que prévu.

Figure 40 : Analyse comparative des projections démographiques (2008) et des chiffres réels (2020)

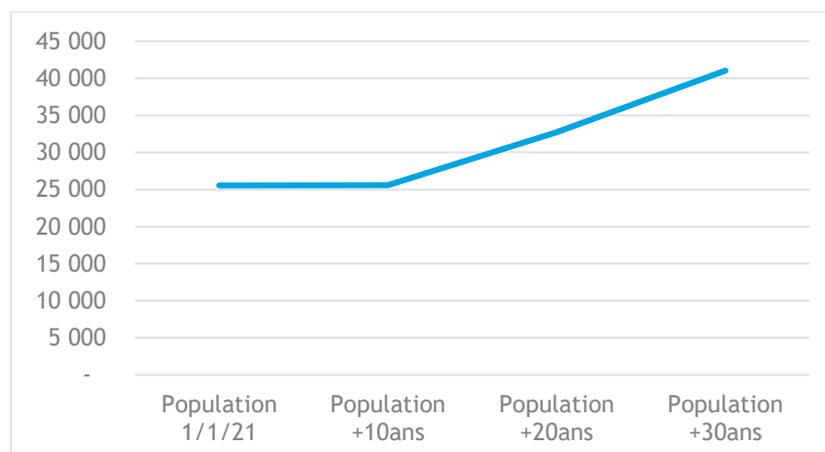
2020	Pop. Totale	Projection	1 200 108	Δ +18 147
		Nombre effectif	1 218 255	
	65 - 79 ans	Projection	117 063	Δ - 6 654
		Nombre effectif	110 409	
	80 ans et plus	Projection	50 834	Δ - 1 650
		Nombre effectif	49 184	

Source : IBSA⁹².

4.4.4.2. Projections démographiques régionales 2020-2070

Les projections démographiques montrent que l'augmentation des 65 ans et plus se poursuivra ces prochaines années.

Figure 41 : Projections démographiques des plus de 85 ans en Région de Bruxelles Capitale



Source : Bureau Fédéral du Plan⁹³.

⁹¹ Projection démographique du Bureau Fédéral du Plan, actualisation au 8/02/2022

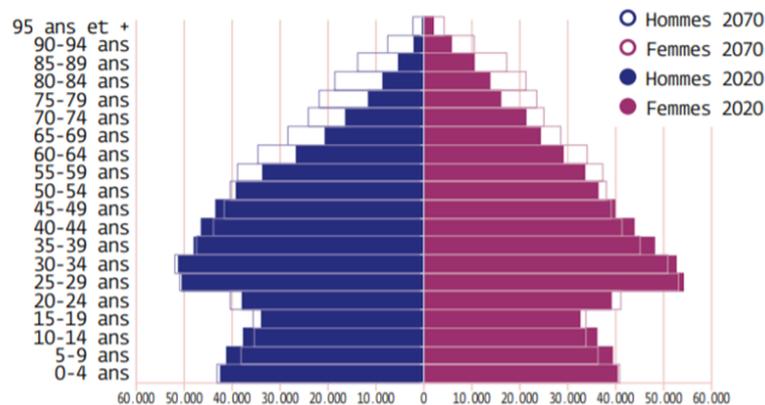
⁹² Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Structure par âge. Population par phase du cycle de vie. <https://ibsa.brussels/themes/population/structure-par-age>

⁹³ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Projections démographiques. <https://ibsa.brussels/themes/population/projections-demographiques>

À partir de 2030, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera fortement. Cette catégorie d'âge constitue la part de la population la plus vulnérable et la plus à risque de dépendance aux soins⁹⁴.

L'analyse de la structure de la pyramide des âges en Région bruxelloise en 2070 nous permet d'observer une réduction de la base, avec un nombre décroissant de jeunes enfants et adultes, et un élargissement en haut de la pyramide.

Figure 42 : Pyramide des âges (2020-2070)



Source: IBSA, Mini-Bru 2021⁹⁵

4.4.4.3. Projections démographiques communales 2025 - 2030

L'analyse des projections démographiques communales nous permet d'observer une augmentation des 65-79 ans et des 80 ans et plus dans toutes les communes bruxelloises. L'intensité de cette augmentation varie en fonction des territoires.

Pour les 65-79 ans, nous observons une augmentation importante entre 2025 et 2030 dans les communes de Bruxelles (+ 1.388), Molenbeek-Saint-Jean (+ 883) et Anderlecht (+ 872). L'augmentation du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus, bien que moins importante que celle des 65-79 ans, est particulièrement notable dans les communes de Woluwe-Saint-Lambert (+4 57), d'Ixelles (+ 378) et de Bruxelles (+ 287).

⁹⁴ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2021). Étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Données existantes sur les besoins de la population âgée bruxelloise et sur l'offre d'hébergement, p.3.

⁹⁵ http://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/PerspectiveBrussels-Mini-Bru_2021-FR.pdf

Figure 43 : Projections démographiques communales. Structure par âge (phases du cycle de vie) : 2020-2070

	2025		2030	
	65-79 ans	80 ans et +	65-79 ans	80 ans et +
Anderlecht	11 288	4 739	12 160	4 829
Auderghem	4 091	1 757	4 302	1 868
Berchem-Sainte-Agathe	2 952	1 189	3 198	1 278
Bruxelles	15 933	5 691	17 321	5 978
Etterbeek	4 103	1 463	4 378	1 522
Evere	4 609	2 296	4 853	2 404
Forest	5 565	2 120	5 752	2 311
Ganshoren	2 804	1 317	2 849	1 347
Ixelles	7 715	2 696	8 022	3 074
Jette	5 558	2 524	6 038	2 669
Koekelberg	1 868	665	2 028	681
Molenbeek-Saint-Jean	8 640	3 529	9 523	3 782
Saint-Gilles	3 805	1 157	4 033	1 258
Saint-Josse-ten-Noode	2 048	533	2 355	587
Schaerbeek	10 395	3 349	11 068	3 576
Uccle	11 224	5 209	11 505	6 048
Watermael-Boitsfort	3 795	1 625	3 857	1 794
Woluwe-Saint-Lambert	7 320	3 030	7 569	3 487

Source : IBSA⁹⁶.

4.4.4.4. Projections en termes de nombre de places

D'après un modèle de prévision établi en 2011 par le Bureau fédéral du Plan et le KCE, 149.000 à 177.000 lits seront nécessaires en 2025. Après 2025, il est probable que l'augmentation des besoins s'accroîtra encore. Cette évolution pourrait être ralentie en renforçant la politique des soins à domicile.

Sur base des 144.000 lits de 2018 réparti entre les trois régions on obtient la projection 177.000 pour chaque région :

	Lits agréés 2018	Répartition	Projection 2025	Ecart
Flandre	80 036	55%	98 106	18 070
Wallonie	48 720	34%	59 720	11 000
Bruxelles	15 643	11%	19 175	3 532

⁹⁶ Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA). Projections démographiques. <https://ibsa.brussels/themes/population/projections-demographiques>

Et nous obtenons la projection 149.000 pour chaque région.

	Lits agréés 2018	Répartition	Projection 2025	Ecart
Flandre	80 036	55%	82 586	2 550
Wallonie	48 720	34%	50 272	1 552
Bruxelles	15 643	11%	16 141	498

Dans la projection à 149.000 (à politique inchangée), l'effort à consentir pour la région Bruxelloise serait minime. D'autant que la projection ne tient pas compte de la crise actuelle et du taux d'occupation en berne des structures MR et MRS de Bruxelles.

5. Évolution du contexte technologique : la technologie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées

Comme nous avons pu l'observer, le vieillissement de la population bruxelloise continue d'évoluer, ce qui engendre des besoins et des coûts liés à la santé. Les personnes âgées manifestent le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile. Dans ce contexte, les technologies de l'information et de la communication, source d'inclusion sociale, sont un potentiel intéressant pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Les organismes de maintien à domicile développent et proposent une série de services destinés à faciliter le quotidien des personnes âgées à leur domicile et ainsi décharger la famille et les proches. Pour ces organismes qui font face à une demande grandissante, le développement de technologies de l'information et de la communication est un véritable enjeu⁹⁷.

Nous distinguons ci-dessous différentes fonctionnalités de la technologie au service du maintien à domicile⁹⁸ :

- les technologies qui permettent de compenser une déficience motrice, physique et/ou psychologique. Celles-ci constituent un outil de prévention médicale, elles visent notamment à stimuler les capacités intellectuelles et motrices de la personne, âgée ou encore à lui rappeler certaines tâches quotidiennes ;
- les technologies d'aménagement de l'espace afin d'adapter au mieux le domicile à la situation de la personne âgée. Ces technologies sont utilisées pour sécuriser la personne âgée ;
- les technologies d'interface qui visent à maintenir un lien social entre la personne âgée et son entourage et ainsi réduire l'isolement.

Les technologies de l'information et de la communication se traduisent, dans le secteur de la santé, par l'e-santé qui participe à l'amélioration de la prise en charge des patients⁹⁹. Téléassistance, télévigilance, la montre connectée, la domotique dans la programmation des appareils électrodomestiques, les systèmes d'alarme, les systèmes de télémédecine et de soins télématiques, constituent un ensemble de technologies orientées santé qui permet d'améliorer le quotidien des personnes âgées.

Au-delà de leurs utilités pour les personnes âgées, les technologies de l'information et de la communication permettent également :

- de faciliter la communication entre les professionnels dans une optique de transversalité. Une approche intégrée et interdisciplinaire de l'accompagnement des personnes âgées permet de proposer des solutions adéquates aux besoins singuliers de chaque personne âgée¹⁰⁰ ;
- de simplifier les procédures administratives au travers de la centralisation de l'information¹⁰¹.

⁹⁷ CETIC. L'IT au service du maintien à domicile. <https://www.cetic.be/L-IT-au-service-du-maintien-a>

⁹⁸ Solidarité (Think Tank européen). (2012). Services de proximité et nouvelles technologies : une union prometteuse pour l'économie plurielle, pp. 33-34.

⁹⁹ Pais B., Bulushek P., *and al.* (2019) De nouvelles technologies au service du maintien à domicile des personnes âgées, *rev. Med. Suisse*, vol.15.

¹⁰⁰ ERGO.2.0 Accueil. <https://sites.google.com/view/rgo2-0/accueil?authuser=0>

¹⁰¹ CETIC. L'IT au service du maintien à domicile. <https://www.cetic.be/L-IT-au-service-du-maintien-a>

Bien que déjà existante à différents niveaux, la recherche et l'innovation technologique au profit de l'amélioration de la qualité de vie doit être davantage encouragée¹⁰² à Bruxelles¹⁰³. La technologie, quand elle est adaptée et accompagnée d'un suivi humain et personnalisé, soulage, rassure et sécurise la personne âgée¹⁰⁴.

Ainsi, le développement de technologie adaptée permettra :

- de maintenir les personnes âgées à leur domicile le plus longtemps possibles, tout en réduisant les risques d'accident ;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et leur autonomie ;
- de faciliter la prise en charge des proches ;
- de réduire les coûts.

A noter que le développement de cette technologie doit s'inscrire dans une approche éthique, respect de la dignité, de l'intégrité et de la sécurité de la personne âgée, dans le respect des données personnelles et sans tomber dans la déshumanisation de la relation de soin¹⁰⁵. Cette approche doit tenir compte également du profil (socioéconomique et professionnel) et donc de la capacité de la personne à utiliser la technologie. Sur le terrain, il semble déjà apparaître des problèmes pour utiliser les appareillages (manque de formation ou d'utilisation durant la vie professionnelle du patient).

¹⁰² UNIPSO. Cahier 2 - Lieux de vie : une diversité, une complémentarité et un va-et-vient entre les services pour « bien vieillir », p.35.

¹⁰³ VUB

¹⁰⁴ ERGO.2.0 Accueil. <https://sites.google.com/view/rgo2-0/accueil?authuser=0>

¹⁰⁵ Pais B., Bulushek P., *and al.* (2019) De nouvelles technologies au service du maintien à domicile des personnes âgées, rev. Med. Suisse, vol.15.

6. Évolution du contexte environnemental : l'enjeu de la rénovation énergétique des maisons de repos

L'amélioration de la qualité de l'hébergement de nos aînés passe également par la rénovation durable des infrastructures. La perception ambivalente, souvent négative, véhiculée par les maisons de repos est également due à la vétusté des infrastructures et équipements.

Les besoins croissants d'hébergement et d'accueil des personnes âgées nécessitent de penser des projets durables et intelligents. La rénovation des infrastructures d'hébergement des personnes âgées doit se faire dans une optique d'amélioration de la performance énergétique des bâtiments et de réduction des émissions de gaz à effet de serre. Ceci dans les perspectives que le Gouvernement bruxellois développe pour réduire la dépense énergétique de ses bâtiments publics.

7. Évolution du contexte légal

7.1. Les mécanismes d'agrément des MR et MRS

Toutes les maisons de repos (et de soins) bruxelloises doivent disposer d'une Autorisation Spécifique de Mise en Service et d'Exploitation (ASMESE) ceci dans l'objectif de vérifier la compatibilité du projet avec la programmation du nombre de lits dans la politique bicommunautaire bruxelloise¹⁰⁶.

Ces institutions, pour exercer leurs activités, doivent être agréées par les membres du Collège réunion de la COCOM. Cet agrément est subordonné au respect de normes générales, architecturales, fonctionnelles et d'organisation¹⁰⁷.

Pour exercer leurs activités, les établissements accueillants ou hébergeant des personnes âgées doivent être conforme aux normes d'agrément régies par l'arrêté du Collège du 3 décembre 2009.

L'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixe les normes pour l'agrément spécial comme MRS¹⁰⁸.

7.1.1. Les aides et soins à domicile¹⁰⁹

- Agrément

Tout service d'aide à domicile, sur le territoire de la Région bruxelloise, doit être agréé¹¹⁰. Ces agréments (ou autorisations de fonctionnement provisoire) sont accordés pour une période cinq ans (ou de deux ans pour les autorisations provisoires) si le service fonctionne conformément à toutes les normes auxquelles il doit répondre. L'agrément est régi par l'arrêté du 25 octobre 2007¹¹¹.

S'ajoute également l'ordonnance du 7 novembre 2002 qui établit les conditions nécessaires à l'obtention d'un agrément pour les services d'aide à domicile de la COCOM.¹¹²

- Prestations et remboursement

Pour faire l'objet d'une intervention par les organismes assureurs, les soins infirmiers à domicile doivent être prestés et attestés par un praticien de l'art infirmier identifié par un numéro INAMI¹¹³. Ces prestations sont conditionnées à l'accord du médecin conseil de

¹⁰⁶ Iriscare. Maison de repos (MR). <https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/seniors/maisons-de-repos-mr/>

¹⁰⁷ COCOM. Agrément. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/espace-professionnel/agrement>

¹⁰⁸ 21 SEPTEMBRE 2004. - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour

¹⁰⁹ Il est ici important de faire la différence entre les soins infirmier à domicile, qui relèvent d'une compétence fédérale, et les aides à domicile (aide-ménagère et aide familiale) relèvent de la compétence de la COCOM, de la COCOF et de la VG.

¹¹⁰ Iriscare. Services d'aide à domicile. <https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/aides-et-soins/services-daide-a-domicile/>

¹¹¹ Arrêté du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile - 25 octobre 2007

¹¹² Ordonnance relative aux centres et services de l'aide aux personnes, 7 novembre 2002.

¹¹³ Femarbel. Cout de la prise en charge d'une personne âgée. Analyse comparative des alternatives institutionnelles et domiciliaires : incidences financières individuelles et collectives, p.18

l'organisme assureur et nécessite une évaluation du degré de dépendance physique du patient¹¹⁴. Cette évaluation est basée sur l'échelle de Katz¹¹⁵.

L'assurance soins de santé intervention dans les frais liés à ces prestations¹¹⁶. A noter que, comme le spécifie l'INAMI, « seules les prestations de soins infirmiers énumérées dans l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé (NPS) et effectuées conformément aux conditions de celle-ci, donnent lieu à un remboursement par l'assurance soins de santé »¹¹⁷.

7.2. La législation COCOM relative aux structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées

Ordonnance	Ordonnance relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées (24 AVRIL 2008.)
Normes	<ul style="list-style-type: none"> - Arrêté du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter (3 décembre 2009). - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins (21 septembre 2004)
Financement	Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos (6 Novembre 2003)
Infrastructures	Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune déterminant les règles relatives aux différentes formes d'intervention financière de la Commission communautaire commune dans la construction, l'extension, la transformation ou l'équipement des bâtiments affectés à l'exercice des activités des établissements visés par l'ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées (7 mai 2009).

¹¹⁴ Femarbel. Cout de la prise en charge d'une personne âgée. Analyse comparative des alternatives institutionnelles et domiciliaires : incidences financières individuelles et collectives, p.18

¹¹⁵ A noter que, contrairement à l'échelle de Katz utilisée pour les MR/MRS, celle-ci ne prend pas compte des critères de désorientation dans le temps et dans l'espace.

¹¹⁶ Femarbel. Cout de la prise en charge d'une personne âgée. Analyse comparative des alternatives institutionnelles et domiciliaires : incidences financières individuelles et collectives, p.20

¹¹⁷ INAMI. Soins par l'infirmier.

<https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/default.aspx>

7.3. Les normes d'encadrement au sein des MR/MRS

Les normes de personnel minimum exigé sont les suivantes :

Figure 44 : Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MR

	O	A	B	C	Cd	D
Personnel infirmier	0.25	1.2	2.1	4.1	4.1	1.2
Personnel soignant	0	1.05	4	5.06	6.06	4
Réactivation	0	0	0.35	0.385	0.385	1.25
Réactivation court séjour	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Réactivation palliatifs	0	0	0	0	0	0
Kiné, ergo, logo	0	0	0	0	0	0

Source : Iriscare¹¹⁸.

Figure 45 : Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MRS

	O	A	B	C	Cd	D
Personnel infirmier	0	0	5	5	5	2.5
Personnel soignant	0	0	5.2	6.2	6.7	5.2
Réactivation	0	0	0	0.5	0.5	2.5
Réactivation court séjour	0	0	0	0	0	0
Réactivation palliatifs	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1
Kiné, ergo, logo	0	0	1	1	1	1

Source : Iriscare¹¹⁹.

Ces normes sont souvent épinglées comme en deçà du nombre de professionnels effectivement nécessaires pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes âgées.

¹¹⁸ Iriscare. Financement MR/MRS, CSJ, MSP, IHP, REVA, PALL. (Présentation PowerPoint)

¹¹⁹ Iriscare. Financement MR/MRS, CSJ, MSP, IHP, REVA, PALL. (Présentation PowerPoint)

8. Évolution du contexte médical

8.1. Evolution des profils au sein des MR (problématique du handicap)

Les équipes dirigeant les maisons de repos (p.ex. directeur, médecin coordinateur et conseiller, et direction infirmière) sont vitales pour planifier les soins, d'autant plus en période de pandémie. Ces équipes ont l'expertise requise pour allouer les ressources au sein de leur propre institution, développent des plans pour la première ligne, en collaboration avec les hôpitaux aigus et institutions post-aiguës, ainsi que les connaissances à propos des besoins en personnels et la législation à laquelle ils sont soumis.

Il est néanmoins mis en avant un manque de leadership de certaines catégories de personnel comme les infirmiers au sein de certaines MR/MRS. Durant leur formation initiale, les infirmiers-chefs n'ont pas toujours pu acquérir suffisamment de compétences pour exercer un leadership adéquat, ce qui peut avoir des conséquences néfastes pour l'organisation du travail¹²⁰.

Evolutions des profils au sein des MR :

Directeur de réseau	Fournit un message cohérent, une éducation et une mise à jour des réglementations les plus récentes et les politiques et des procédures pertinentes.
Directeur de la structure	Coordonne l'équipe de la structure ; veille au respect de toutes les recommandations, réglementations et politiques au niveau fédéral, et régional. S'assure que l'établissement dispose de fournitures et d'équipements adéquats. Coordonne les activités d'amélioration de la qualité.
Infirmier en chef	S'assure que le personnel infirmier adéquat et approprié soit présent ; met en œuvre et veille à ce que les politiques et procédures soient respectées ; assure la formation du personnel infirmier ; supervise le professionnel responsable du contrôle des infections. Aide le directeur à coordonner les activités d'amélioration de la qualité.
Médecin coordinateur et conseil	Forme les professionnels et veille au respect de toutes les politiques et procédures des établissements, du gouvernement fédéral et régional. Assure une couverture médicale adéquate sur place et par télé-médecine, et encourage les professionnels de soins de la première ligne à mettre à jour, le cas échéant, les données concernant l'état du résident et à documenter les directives anticipées. Participe au contrôle des infections et à d'autres activités d'amélioration de la qualité.
Assistant social	Aide les professionnels de la première ligne à mettre à jour, le cas échéant, les données concernant l'état du résident et à documenter les directives anticipées.
Maintenance	Nettoie et désinfecte fréquemment les zones (chambres, communs, équipement, tables etc.).
Responsable logistique	Assure un approvisionnement adéquat, notamment en matériel de soins et en moyens de transport.

¹²⁰ UCLouvain. Analyse d'impact de l'épidémie de COVID-19 sur les structures d'hébergement collectifs en Région wallonne des secteurs de la santé¹ et de l'action sociale et établissement de recommandations. Septembre 2020

A cette équipe, s'ajoute :

- le médecin (généraliste) traitant en tant que professionnel faisant partie structurellement de l'équipe.
- les aidants proches qui fournissent régulièrement et sans rémunération, du soutien ou des soins à une personne âgée ayant une incapacité significative ou persistante, et avec qui elle entretient une relation familiale ou affective préexistante.

Pour l'European Geriatric Medicine Society¹²¹, les soins médicaux devraient être soutenus dans la maison de repos, par des infirmiers ayant une formation en gériatrie, y compris en démence et en soins palliatifs, et par des aides-soignants dûment formés aux soins des personnes âgées. Ils précisent également que toutes les personnes dont l'admission en maison de repos est envisagée, devraient faire l'objet d'une évaluation par un spécialiste en médecine gériatrique ou en psychiatrie de la vieillesse, ou les deux si nécessaire, avant leur admission. Cela implique donc des compétences en lien avec la fonction de direction clinique (incluant des compétences de leadership et en communication), éventuellement associée à des compétences d'hygiène propres aux institutions d'hébergement.

8.2. La médicalisation (suivi post hospitalisation)

Il existe un lien entre un meilleur état fonctionnel et de bien-être de la personne proportionnel aux soins reçus de la part d'aides-soignantes plus nombreuses et dont l'ancienneté est plus élevée.

En maisons de repos et de soins s'installe une culture du plan de traitement anticipé. Au moment où la personne entre en maison de repos, il lui est proposé un projet de soin personnalisé et le médecin discute avec la personne de ce qu'elle veut comme type de prise en charge. Les praticiens auront pour eux de faire des choix en fonction des choix du patient. C'est donc une « nouvelle » culture à implémenter en maisons de repos (et des soins), qui est difficile entre autres avec le turn over de personnels et suite à un problème plus global qualitatif.

Quand un résident se trouve en dans un lit « non médicalisé », il paie de sa poche un certain montant et tous les mois l'INAMI paie un montant à l'acte pour les prestations supplémentaires (kinésithérapeute par exemple). Les maisons de repos et de soins avec lits médicalisés, nécessitent une catégorie d'encadrement dont des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, etc., qui favorisent une approche pluridisciplinaire et plus qualitative.

8.3. L'impact du covid

La situation dans les MR/MRS a été particulièrement difficile. En effet, la surmortalité liée à la Covid-19 indique qu'environ la moitié des décès liés à l'épidémie se sont trouvés concentrés dans les maisons de repos. L'immunosénescence - diminution de la capacité immunitaire avec l'âge au-delà de 50 ans - est aussi documentée comme facteur de vulnérabilité dans le cadre d'autres infections virales respiratoires (Influenza ou RSV), avec une revue récente des aspects immunitaires à prendre en considération dans l'épidémie de Covid-19¹²².

¹²¹ <https://www.eugms.org/>

¹²² Chen, Judy et al. 2020. Role of Aging and the Immune Response to Respiratory Viral Infections: Potential Implications for COVID-19. J Immunol. 15 7 2020, pp. 313-20.

La COVID-19 a révélé un impact particulièrement sévère de l'infection des personnes âgées en termes de vulnérabilité et de létalité. Comme une fraction de cette population est aussi hébergée en institution de long séjour, elle a été exposée à un risque de transmissibilité intramuros du virus particulièrement élevé, avec des proportions d'infection pouvant parfois atteindre plus de 60% des résidents et plus de 20% du personnel de soins ou d'encadrement dans certaines maisons de repos (FEMARBEL)¹²³.

Cette évolution de la maladie dans le contexte particulier des maisons de repos et maisons de repos et de soins a été un révélateur d'une situation particulièrement difficile en termes de gestion des ressources : une cohorte vulnérable a été exposée de manière inattendue à un risque nettement accru de complications médicales et de décès. Lors du premier pic épidémique, les structures d'hébergement collectif dans le secteur de la santé en Région Bruxelloise ont été sévèrement touchées aussi bien en termes de prévalence (nombre de cas qu'en nombre de décès). Une situation liée à la fois à leur vulnérabilité physiologique liée à l'âge et à leur comorbidité associée. Dans les MR/MRS où la proportion des résidents présentant des démences ou des dépendances totales est élevée, la prévalence du nombre de cas rapportée a été plus importante. Ce constat est probablement lié à la fréquence élevée de temps de contact entre le résident et le personnel dans ces MR/MRS.

Les différences entre les MR/MRS touchées par l'épidémie et indemnes se portent sur la capacité d'accueil de ces MR/MRS, du nombre de personnel infecté, du type de l'établissement, la densité de la population dans la commune et des comorbidités de ces résidents. Des facteurs portant surtout sur l'importance du rôle de la proximité et des contacts physiques dans la circulation de l'infection¹²⁴. Une étude montre que les maisons de repos et maisons de repos et de soins dans lesquelles le ratio infirmier par nombre de résidents était inférieur au minimum requis (45' par résident par jour) présentaient deux fois plus de risque d'être infectés par le COVID-19 (Harrington et al., 2020). Enfin, une étude comparative internationale a observé un lien entre la mortalité liée au COVID-19 dans un pays et le nombre d'infirmiers (Padula & Davidson, 2020).

Il y a donc un lien entre l'encadrement infirmier et le taux de mortalité et de morbidité, et dénoncent une insuffisance de ces normes d'encadrement en Belgique (au sein des hôpitaux). S'ajoute à cela une pénurie d'infirmiers se jouant sur deux dimensions : un besoin croissant de personnel lié au vieillissement de la population et une réduction du nombre d'infirmiers en activité. Cette situation, régulièrement dénoncée par les acteurs concernés qui formulent une série de revendications pour contrer le phénomène (revalorisation de la profession, changement d'image auprès du public, meilleures conditions de travail, etc.), est liée entre autres à l'ancienneté du personnel infirmier et d'encadrement en Belgique ainsi que le faible taux de nouveaux diplômés pour compenser les départs à la retraite, menant à une aggravation croissante de la pénurie. Notons également l'allongement en 2016 des études en soins infirmiers pour atteindre les quatre années pour le bachelier (trois et demi pour le brevet), créant ainsi un « trou » d'une promotion sur le marché de l'emploi. Si la situation actuelle perdure dans laquelle 71% des infirmiers en moyenne présente un risque de burnout, il est possible qu'une

¹²³ Arons, MM et al. 2020. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New Engl J Med.* 28 05 2020, Vol. 382, 22, pp. 2081-90.

¹²⁴ Miarimbola R, Coppieters Y. Rapport de recherche épidémiologique. Analyse d'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les structures d'hébergement collectif en Région wallonne des secteurs de la santé - à l'exception des hôpitaux- et de l'action sociale et l'établissement de recommandations. Ecole de santé publique, Université libre de Bruxelles, Bruxelles, 15 septembre 2020.

partie d'entre eux se retrouvent en impossibilité de poursuivre leur mission, ce qui aurait des conséquences importantes sur les soins des résidents en MR/MRS, mais également sur la charge de travail sur leurs collègues encore en place (et potentiellement sur le nombre de nouvelles vocations pour la profession).

L'épidémie a montré aussi une insuffisance de disponibilité en termes de temps de médecins coordinateurs et conseillers dans les maisons de repos (et de soins), entravant alors une bonne gestion de la maladie et de l'institution.



PARTIE II : ANALYSE DES VARIABLES

TABLE DES MATIERES

Introduction	57
Fiche 1 - Evolution démographique	58
Fiche 2 - Nombre de lits	60
Fiche 3 - Caractéristiques des résidents	62
Fiche 4 - Structure résidentielle	64
Fiche 5 - Accessibilité financière	66
Fiche 6 - Multiculturalité	68
Fiche 7 - Alternatives	70
Fiche 8 - Normes	72
Fiche 9 - Alternatives « à domicile »	74

INTRODUCTION

Variables

Le présent document constitue l'analyse détaillée des neuf variables clés identifiées au sein de l'exercice PESTEL. Ces variables seront mobilisées pour déterminer la programmation MR/MRS d'une part et, d'autre part, pour construire les différents scénarios de développement de solutions d'hébergements alternatifs sur le territoire de la Région bruxelloise. Les variables étudiées sont les suivantes :

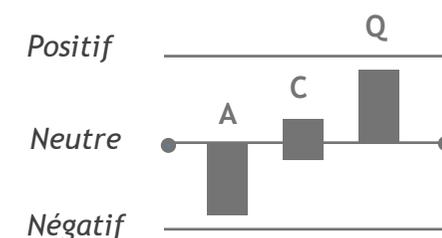
1. Evolution démographique
2. Nombre de lits
3. Caractéristiques des résidents
4. Structure résidentielle
5. Accessibilité financière
6. Multiculturalité
7. Alternatives
8. Normes
9. Alternatives « à domicile »

Toutes les données, ainsi que leurs sources, peuvent être retrouvées au sein de l'analyse PESTEL.

Impact

L'analyse de chaque variable est assortie d'une étude d'impact qui vise à définir l'impact de la variable sur la situation actuelle ainsi que l'impact de la variable sur la situation préconisée. Cette étude se structure autour de trois impacts principaux : l'impact en termes d'accessibilité, l'impact en termes de coût pour la collectivité et enfin, l'impact sur la qualité.

- **Accessibilité (A)** : possibilité d'accès financier des structures d'hébergement aux personnes âgées sur le territoire bruxellois.
 - Si l'impact est **positif**, c'est-à-dire que la variable a un effet positif sur l'accessibilité financière, cela signifie que l'accessibilité financière à la MR/MRS est facilité par un coût d'entrée faible et acceptable pour la majeure partie des bruxellois.
 - Si l'impact est **négatif**, c'est-à-dire que la variable a un effet négatif sur l'accessibilité financière, cela signifie que le coût financier constitue un frein à l'accessibilité de la MR/MRS.
 - Si l'impact est **neutre**, la variable n'a pas d'effet sur l'accessibilité financière.
- **Coût pour la collectivité (C)** : ensemble des dépenses à charge de la collectivité, en prenant en considération un nombre et un profil identique de personnes âgées.
 - Si l'impact est **positif**, c'est-à-dire que la variable a un effet positif sur le coût pour la collectivité, l'ensemble des dépenses est moins élevé.
 - Si l'impact est **négatif**, c'est-à-dire que la variable a un effet négatif pour le coût de la collectivité, l'ensemble des dépenses est plus élevé.
 - Si l'impact est **neutre**, la variable a un effet neutre pour le coût de la collectivité.
- **Qualité (Q)** : ensemble des éléments constitutifs de la prise en charge des besoins implicites de la personne âgée et son bien-être (qualité des contacts humains, qualité du « parcours » du patient dans la MR/ MRS, qualité de soins).
 - Si l'impact est **positif**, c'est-à-dire que la variable a un effet positif sur la qualité.
 - Si l'impact est **négatif**, c'est-à-dire que la variable a un effet négatif sur la qualité.
 - Si l'impact est **neutre**, la variable a un effet neutre sur la qualité.



Définition de la variable : Evolution de la taille de la population bruxelloise et plus particulièrement de la population âgée.

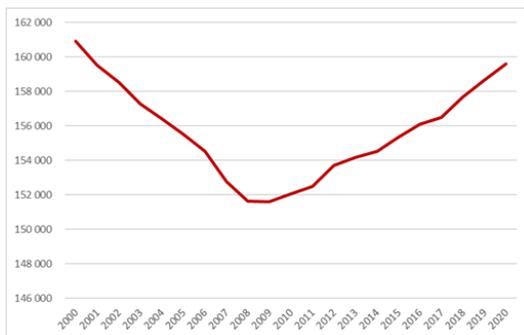
Donnée :  socio-culturel

Tendances observées

- une augmentation continue de la population bruxelloise depuis 1996,
- une population relativement jeune (âge moyen des bruxellois : 37,58 ans),
- une part conséquente de la population bruxelloise ne dispose pas de la nationalité belge (34,9% en 2019),
- une augmentation du nombre absolu de personnes âgées bruxelloise,
- un coefficient de vieillissement (= le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population de moins de 18 ans) qui varie en fonction des zones géographiques de Bruxelles,
- les projections démographiques montrent que le nombre de personnes âgées augmentera ces prochaines années (et ce particulièrement pour les 80 ans et plus),
- une augmentation du nombre de personnes âgées dont l'intensité varie en fonction des territoires communaux.

Analyse quantitative

Population âgée de 65 ans et plus (2000-2020) - Région de Bruxelles-Capitale



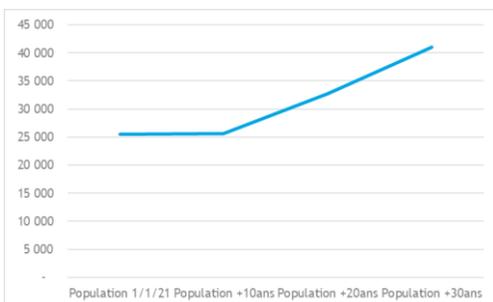
Cf. Figure 35 - Analyse PESTEL

Région de Bruxelles-Capitale - Population par groupe d'âge (au 1er janvier)

	2000	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Pop. Totale	959 318	1 031 215	1 072 063	1 200 108	1 255 791	1 264 310	1 289 164	1 327 652
65 à 79 ans	119 840	104 163	102 802	117 063	137 129	149 230	155 273	161 298
% de la pop. Totale	12.5%	10,1%	9.6%	9.8%	10.9%	11.8%	12.0%	12.1%
80 ans et plus	41 068	48 615	50 072	50 834	58 795	74 798	89 861	100 998
% de la pop. Totale	4.3%	4.7%	4.7%	4.2%	4.7%	5.9%	7.0%	7.6%

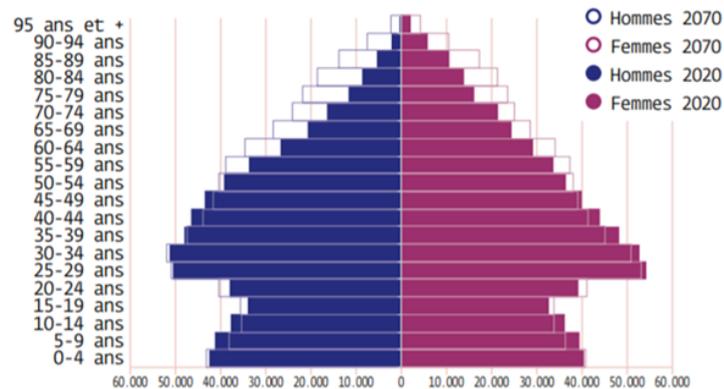
Cf. Figure 39 - Analyse PESTEL

Projections démographiques des plus de 85 ans en Région de Bruxelles Capitale



Cf. Figure 41 - Analyse PESTEL

Pyramide des âges (2020-2070)



Cf. Figure 42 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Evolution de la taille de la population bruxelloise et plus particulièrement de la population âgée.

Donnée : 
socio-culturel

Analyse qualitative

Dans les prochaines années, la part de personnes âgées va continuer à augmenter. Cette évolution démographique est à prévoir car elle impactera inexorablement la demande de soins et le nombre résidents au sein des hébergements adaptés aux personnes âgées. L'évolution doit être considérée en tenant compte des différentes structures existantes (dont les alternatives).

Les réflexions autour de l'anticipation de cette croissance démographique doivent tenir compte des éléments suivants :

- un phénomène d'exode urbain existe à Bruxelles, certaines personnes âgées, lorsqu'elles ne peuvent plus rester chez elle, souhaitent quitter Bruxelles,
- une exigence plus importante des bénéficiaires en terme de qualité de soins est à prévoir,
- une analyse territoriale, à l'échelle communal, doit être prise en compte pour offrir une offre adaptée sur l'ensemble du territoire.

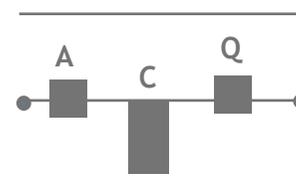
L'exercice de programmation ne doit pas se limiter à l'analyse des courbes démographiques sur le territoire bruxellois mais doit être le résultat d'une politique globale et ambitieuse en maintenant au centre de la réflexion la personne âgées et ses besoins.

Messages clés

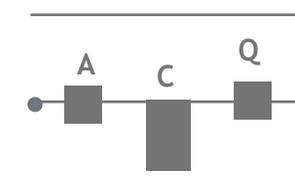
- L'augmentation de la population Bruxelloise est attendue.
- Les exigences de cette population seront également renforcées et différentes.
- La pression immobilière sera encore plus importante.

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Augmentation du nombre de personnes âgées

Accessibilité : pas d'effet démontré entre l'accessibilité financière et l'évolution démographique.

Coût collectif : l'augmentation du nombre de personnes âgées et leur prise en charge engendre un coût négatif pour la collectivité.

Qualité : pas d'effet démontré entre la qualité et l'évolution démographique.

Accessibilité : pas d'effet démontré entre l'accessibilité financière et l'évolution démographique. En revanche, un point d'attention doit être porté sur le fait qu'une diminution de l'offre combinée à une augmentation de la demande, pourrait avoir un impact négatif, à long terme, sur l'accessibilité financière.

Coût collectif : l'augmentation du public cible et sa prise en charge engendre un coût négatif pour la collectivité.

Qualité : pas d'effet démontré entre la qualité et l'évolution démographique.

Définition de la variable : Nombre de lits disponibles au sein des structures d'hébergement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins à Bruxelles.

Donnée :
socio-
économique



Tendances observées

- une augmentation du nombre total de lits agréés (+ 289 lits entre 2014 et 2021),
- un nombre de lits agréés plus important que le nombre de lits financés (taux d'occupation actuel : 73,31%),
- un nombre de lits MRPA plus important que le nombre de lits MRS,
- un nombre de lits/ 1 000 personnes âgées de 65 ans (99 à Bruxelles) plus élevé qu'en Flandre (61) et en Wallonie (74),
- un nombre de lits/ 1 000 personnes âgées de 75 ans (203 à Bruxelles) plus élevé qu'en Flandre (127) et en Wallonie (163),
- un nombre de 69 lits médicalisés en soins de longue durée (pour 1000 personnes de plus de 65 ans) pour la Belgique contre une moyenne OCDE de 46,2,
- une répartition non réglementée et inégale des parts de marchés entre les différents secteurs (public-privé-associatif) :
 - une forte présence du secteur privé (en termes de nombre de lits) (62%),
 - une augmentation du nombre de lits au sein du secteur associatif (+289 lits en 6 ans),
 - une stabilité en ce qui concerne le nombre de lits au sein du secteur public.
- toutes les communes bruxelloises possèdent une offre de lits MRPA/MRS : les communes d'Evere et de Molenbeek-Saint-Jean disposent du taux de couverture le plus élevé (cf. *détail par commune au sein de l'analyse PESTEL*),
- les implantations des MR/MRS ne correspondent pas tout à fait à la répartition réelle des personnes âgées sur le territoire bruxellois (cf. *répartition géographique des MR et MRS à Bruxelles au sein de l'analyse PESTEL*).

Analyse quantitative

Evolution du nombre de lits agréés (2014-2021)

	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
#lits agréés	15156	15275	15531	15685	15561	15619	15631	15597

Cf. Figure 2 - Analyse PESTEL

Evolution du nombre de lits par secteur (2014-2021)

	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
Prive	9459	9541	9757	9975	9628	9662	9667	9653
Public	3673	3712	3672	3608	3651	3655	3651	3631
VZW	2024	2022	2102	2102	2282	2302	2313	2313
Total	15156	15275	15531	15685	15561	15619	15631	15597

Cf. Figure 2 - Analyse PESTEL

Répartition des lits agréés/autorisés en Région bruxelloise (2021)

MR/MRS	
Lits agréés MR/MRS	Lits autorisés
15444	16439

Cf. Figure 7 - Analyse PESTEL

Evolution du nombre de lits par secteur (2014-2021)



Cf. Figure 2 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Nombre de lits disponibles au sein des structures d'hébergement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins à Bruxelles.

Donnée :
socio-
économique



Analyse qualitative

L'offre de maison de repos sur le territoire de la Région bruxelloise est relativement importante en comparaison aux autres régions et à la moyenne OCDE considérée. Certains acteurs de terrain s'entendent pour dire que le secteur des maisons de repos a atteint ses limites et que des nouvelles places ne doivent pas être créées. L'enjeu se situe davantage dans la réaffectation des moyens au sein de structures alternatives. A noter tout de même que les projections démographiques annoncent une augmentation du nombre de personnes âgées ces prochaines années, cette donnée est bien évidemment à prendre en compte.

La crise sanitaire a également un impact qu'il faut prendre en compte. A court terme, la demande pour les structures résidentielles de type maison de repos devait se réduire.

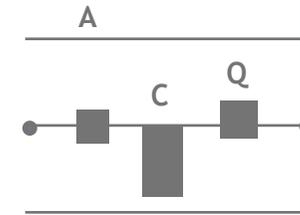
Si l'offre en maison de repos semble suffisante sur le territoire bruxellois, il existe cependant un déficit de lits de maisons de repos et de soins. Ceci se traduit par une part conséquente de résidents - environ 2.000 en 2020 - avec un profil de dépendance lourd qui séjournent dans un lit de maison de repos (et non au sein d'une MRS). L'augmentation de l'encadrement, par l'augmentation du nombre de lits MRS, devrait permettre d'améliorer la qualité des soins offerts à ces personnes, c'est notamment la raison pour laquelle Iriscare a lancé un exercice de reconversion des lits MRPA en lits MRS.

Messages clés

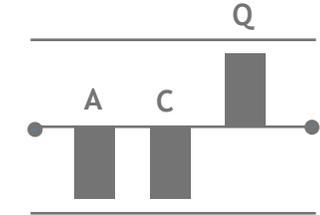
- une offre surabondante pour le secteur résidentiel à Bruxelles,
- une offre insuffisante pour les profils lourds, médicalisés (nombre de lits MRS insuffisant),
- un effet de la crise sanitaire à prendre en compte (à CT : demande en baisse).

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Diminution du nombre de lits
Reconversion des lits MR en lits MRS

Accessibilité : loi de l'offre et de la demande, une offre importante devrait engendrer un prix compétitif. Il est cependant important de préciser que, malgré l'offre importante, à l'heure actuelle, les prix sont déjà conséquents pour une part significative de la population. Un taux d'occupation trop faible peut aussi engendrer une augmentation des prix.

Coût collectif : un taux d'occupation faible et des normes MR moins avantageuses.

Qualité : un impact de la taille des structures sur la qualité des services (humanisation des soins).

Accessibilité : loi de l'offre et de la demande, une offre plus faible pourrait engendrer une augmentation des prix.

Coût collectif : une reconversion (MR vers MRS ou MR en alternatives) des lits engendrerait un coût supplémentaire pour Iriscare nuancé par une réduction totale du nombre de lits.

Qualité : amélioration de la qualité par la reconversion des lits MR en lits MRS.

Définition de la variable : Caractéristiques des personnes âgées hébergées au sein des MR/MRS.

Donnée :
socio-économique

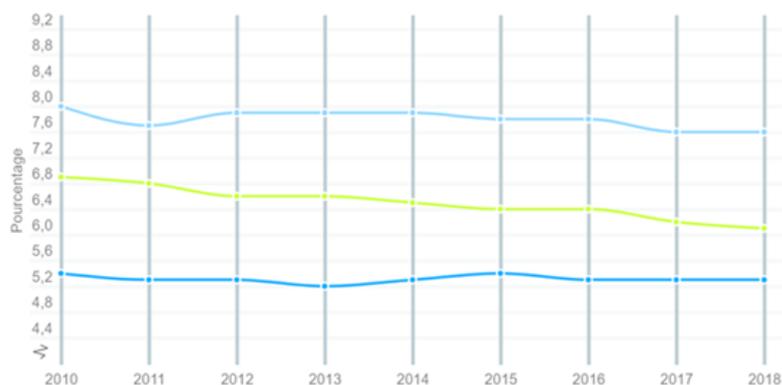


Tendances observées

- une institutionnalisation proportionnellement plus importante des personnes âgées de 65 ans et plus au sein des MR/MRS en Région bruxelloise (7,6%) contre 5,3% en Flandre et 6,1% en Wallonie.
- une augmentation des résidents les plus dépendants (évolution 2013-2020) :
 - une diminution des profils O (-5,76 points de pourcentage), des profils A (-0,89 points de pourcentage) et des profils D (-0,79 points de pourcentage) dans les MR/MRS ;
 - une augmentation des profils B (+6,31 points de pourcentage), des profils C (+0,15 points de pourcentage) et des profils Cd (+0,99 points de pourcentage) dans les MR/MRS
- pour l'ensemble de la Belgique, les personnes entrent en maison de repos de plus en plus âgée en raison notamment :
 - de l'augmentation de l'espérance de vie,
 - de la préférence personnelle et sociale pour le maintien à domicile.

Analyse quantitative

Prise en charge résidentielle, 65 ans et plus, par région (2010-2018)



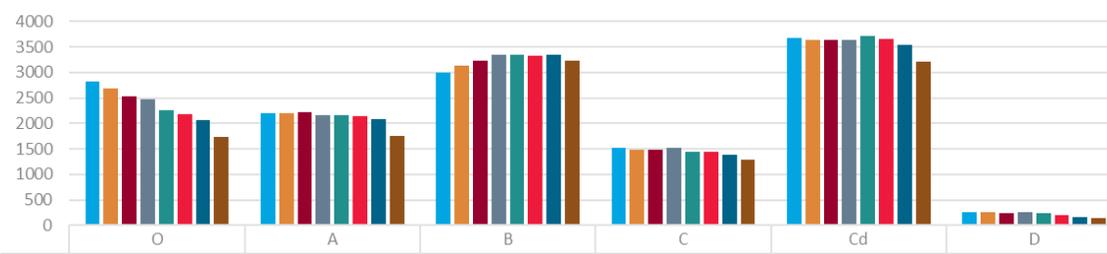
Cf. Figure 18 - Analyse PESTEL

Résidents en MR/MRS par classe d'âge (2019)

Cf. Figure 25 - Analyse PESTEL

Catégorie	Nombre de résidents
> 50 ans	53
50-59	247
60-64	367
65-74	1458
75-84	2607
85 et +	7903
Total	12 634

Représentativité des types de profils (de 2014 à 2021)



Cf. Figure 23 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Caractéristiques des personnes âgées hébergées au sein des MR/MRS.

Donnée :
socio-
économique



Analyse qualitative

En termes de profil des résidents, nous observons que les MR/MRS prennent en charge des profils spécifiques, différents du public cible de ces structures. Il s'agit plus spécifiquement :

- de jeunes personnes souffrant d'un handicap mental et/ou moteur,
- personnes souffrant de problèmes de santé mentale,
- d'un conjoint qui rentre en MR/MRS pour accompagner une personne qui nécessite davantage de soins,
- des personnes socialement très défavorisées (cas sociaux, sans hébergement, ...)

Ces profils spécifiques permettent d'encourager la mixité dans les structures d'hébergement, renforcent le rôle social de la MR/MRS mais nécessitent un encadrement spécialisé. Ces profils spécifiques se retrouvent au sein des MR/MRS principalement en raison du nombre insuffisant de structures adaptées à leur prise en charge en Région bruxelloise.

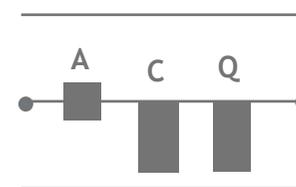
Si la question de définir des critères pour déterminer les règles d'entrée a été abordée et est intéressante, elle demeure inapplicable selon les différents acteurs. Ceci en raison de la multitude de critères exogènes à considérer. En revanche, le profil de la personne âgée ne doit pas être le seul critère à considérer dans le cadre d'une institutionnalisation.

Messages clés

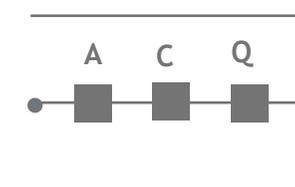
- une utilisation des MR/MRS pour pallier une insuffisance de structures adaptées en Région bruxelloise (pour des profils plus spécifiques),
- un rôle social, attribué *de facto* aux MR/MRS, qui devrait avoir un impact positif pour la vie collective de la MR/MRS mais engendre un coût pour la collectivité,
- la définition de critères prédéterminés semble difficile à définir mais une volonté de tendre vers une professionnalisation de l'évaluation des capacités du résident pour faciliter la transition.

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Renforcement de « l'alternative » à domicile (pour les profils O et A)
« Spécialisation » des MR (pour les profils B, C, Cd, C)

Accessibilité : le profil de dépendance du résident n'a pas d'impact direct sur l'accessibilité financière d'une MR/MRS. En revanche, un résident avec un profil spécifique » peut constituer un frein pour certaines MR/MRS notamment en raison de la nécessité de lui proposer un encadrement spécialisé et adapté.

Coût collectif : des profils non spécifiques aux MR/MRS sont accueillis dans ces structures d'hébergement.

Qualité : les MR/MRS ne sont pas adaptées pour accueillir certains profils (personnes en situation de handicap, problèmes santé mentale).

Accessibilité : le profil du résident n'a pas d'impact direct sur l'accessibilité financière d'une MR/MRS.

Coût collectif : le transfert des profils O et A vers l'alternative « domicile » et la réaffectation de ces moyens à la prise en charge de profils spécifiques, plus lourde, permettra d'atteindre un impact neutre. A noter tout de même que la prise en charge de profil spécialisé nécessite un encadrement spécifique qui peut engendrer un coût supplémentaire.

Qualité : un gain pour la qualité des soins médicalisés pour les profils B-C-Cd, une professionnalisation des soins contrebalancée par une perte de mixité sociale au sein des structures.

Définition de la variable : Structure qui héberge les personnes âgées de manière collective et permanente. Nous distinguons : les structures et leur taux d'occupation.

Donnée :
socio-
économique

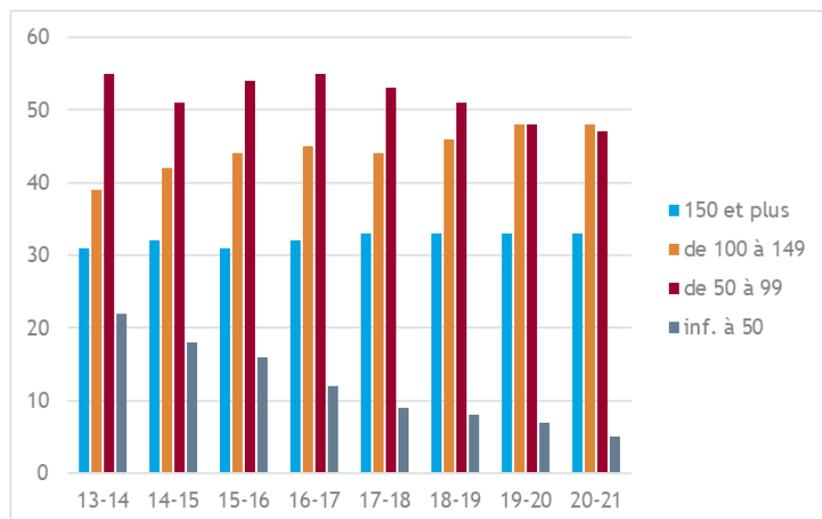


Tendances observées

- des structures partagées entre trois secteurs (privé, public et associatif) avec une prédominance du secteur privé (sans programmation par secteur),
- une disparition des petites structures au profit de structures plus grandes,
- une consolidation du secteur plus importante à Bruxelles qu'en Wallonie (regroupement des petites structures),
- un nombre conséquent de structures avec une capacité, en nombre de lits, supérieur à 50,
- un taux d'occupation en baisse, généralisé pour l'ensemble des secteurs, en raison :
 - d'une augmentation du nombre de lits à Bruxelles,
 - du développement de l'offre de services à domicile,
 - d'un problème d'accessibilité financière de certaines MR/MRS,
 - de la crise sanitaire.
- un taux d'occupation plus faible en MRPA (64,48%) qu'en MRS (86,47%) :
 - MRS : 96,27% (2014) à 86,47% (2021)
 - MRPA : 85,72% (2014) à 64,48% (2021)
- une évolution tarifaire à la hausse (mais une tarification plus accessible pour le secteur public)

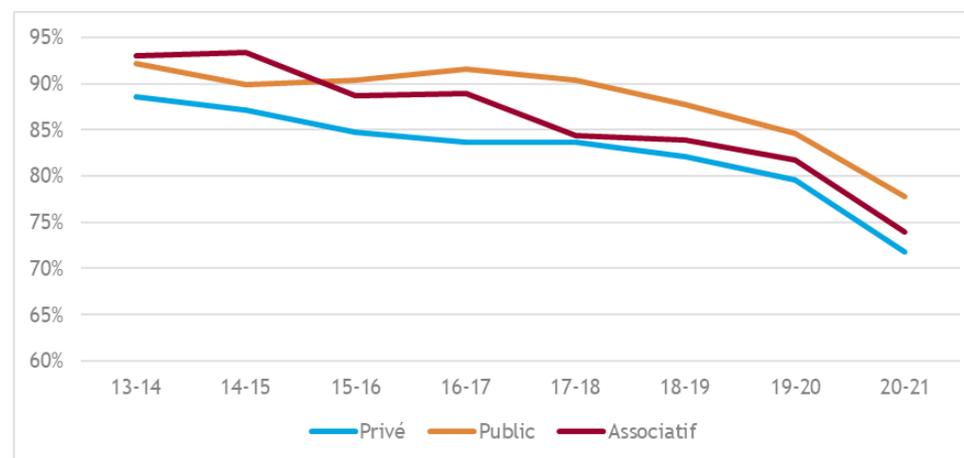
Analyse quantitative

Taille des MRS/MR à Bruxelles (en nombre d'établissements) (2021)



Cf. Figure 5 - Analyse PESTEL

Evolution du taux d'occupation par secteur (2014-2021)



Cf. Figure 27 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Structure qui héberge les personnes âgées de manière collective et permanente. Nous distinguons : les structures et leur taux d'occupation.

Donnée :
socio-
économique



Analyse qualitative

Le secteur des MR/MRS à Bruxelles connaît une forte pression à la privatisation. Cette dernière peut engendrer un impact sur le secteur en termes d'accessibilité. Les prix d'hébergement dans le secteur public sont plus faibles notamment en raison du fait que ce secteur intervient pour diminuer le coût de l'hébergement à charge du résident par l'intermédiaire du financement des communes et des CPAS.

En termes de structures, les normes relatives aux MR/MRS ont encouragé le secteur à se consolider dans l'objectif de rester rentable. Bruxelles a assisté à un certain nombre de fermetures de structures de petites tailles au profit de l'émergence d'établissements de taille plus importante. Cette consolidation du secteur a engendré d'autres problèmes : déshumanisation, qualité des soins, accompagnement, prix, charge de travail plus lourde pour les professionnels, etc. Un retour à de plus petites structures est souhaitée, des démarches en ce sens ont été initiées au travers des dynamiques managériales différentes (ex. : projet « tubbe »).

L'agilité en termes d'infrastructures, c'est-à-dire la diversité des services proposés, est souhaitée et encouragée au sein du secteur. Ceci dans l'objectif de favoriser la rentabilité, la mixité sociale et de faciliter la transition des personnes âgées d'une structure à une autre. L'exemple de la crise sanitaire a mis en exergue cette nécessité de devoir répondre à des besoins changeants.

Le développement des alternatives, peu nombreuses sur le territoire, nécessite une clarification du cadre légal (dans l'optique de construire, à long terme, un modèle fiable) ainsi qu'un financement complémentaire. Il est également important de suivre l'activité de ces structures et d'en tenir compte dans les prochaines programmations.

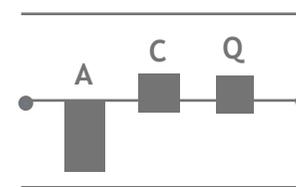
L'occupation des MR/MRS (entre 65 et 85%) n'augmentera pas automatiquement et cela s'explique notamment par le nombre de structures disponibles sur le territoire bruxellois.

Messages clés

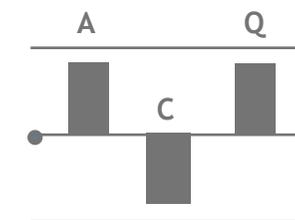
- La commercialisation de l'hébergement des personnes âgées est observée
- Un retour vers des structures « à taille humaine » est souhaitée
- Le renforcement de l'agilité des maisons de repos ne sera que possible par un financement spécifique

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Structures davantage organisées selon le groupe de vie
(unité basée sur un projet de vie commun)

Accessibilité : le coût d'entrée dans une MR/MRS est supérieur dans le secteur privé, la privatisation du secteur, ne bénéficiant pas d'aides supplémentaires, a un impact négatif sur l'accessibilité financière.

Coût collectif : à l'heure actuelle, le financement n'a pas d'impact sur le coût collectif. Il favorise cependant les structures de taille importante.

Qualité : la taille et le taux d'occupation de la structure n'ont pas d'impact sur la variable. En revanche, le manque de soutien public à destination du secteur privé et associatif peut avoir un impact sur la qualité des soins octroyés.

Accessibilité : une programmation sectorielle ou un contrat d'objectifs (cf. *Benchmarking programmation*) permettrait de mieux réguler les coûts d'entrée. A noter tout de même que les structures de grande taille permettent des économies d'échelle.

Coût collectif : un financement pour soutenir les structures à taille humaine et les structures alternatives adjacentes aurait un impact sur le coût collectif.

Qualité : la taille et le taux d'occupation de la structure n'ont pas d'impact sur la variable. En revanche, une structure à taille humaine devrait favoriser une prise en charge globale des besoins du patient.

Définition de la variable : Financement des structures d'hébergement et analyse des coûts pour le résident

Donnée : 
socio-économique

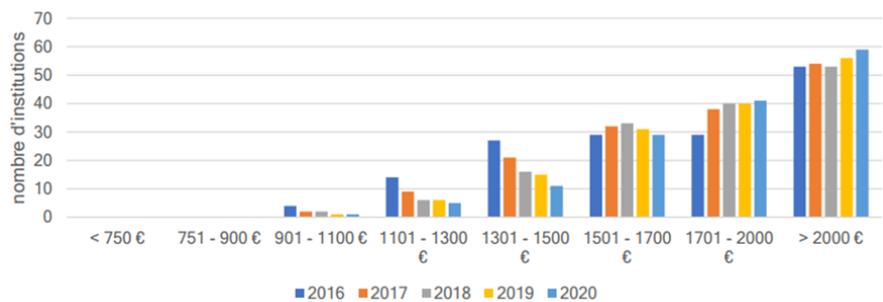
Tendances observées

- une augmentation croissante et significative des coûts de l'hébergement en MR/MRS :
 - professionnalisation du secteur,
 - exigence des normes en vigueur.
- un taux d'occupation en forte diminution,
- une augmentation du prix journalier,
- toutes les MR disponibles à Bruxelles ne sont pas accessibles financièrement pour une part significative de la population (revenu disponible moyen estimé à 1.353 €/mois, coût moyen d'une maison de repos estimé à 1.562€/mois*) ,
- une future population des personnes âgées moins favorisée socioéconomiquement,
- une augmentation de la proportion de Bénéficiaires de l'Intervention Majorée (BIM) parmi les 65 ans et plus.

*Etude Solidaris, Belgique

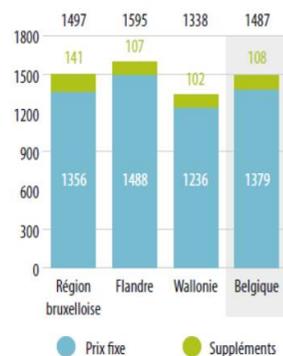
Analyse quantitative

Evolution des prix de l'offre d'hébergement (tous secteurs confondus) (2015-2019)



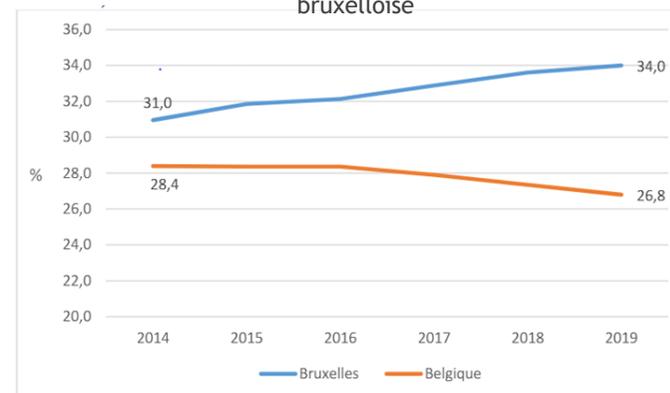
Cf. Figure 10 - Analyse PESTEL

Coût moyen d'un séjour en maison de repos en Belgique et au sein de chaque Région (2014).



Cf. Figure 9 - Analyse PESTEL

Proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), parmi les 65 ans et plus, Belgique et Région bruxelloise



Cf. Figure 13- Analyse PESTEL

Définition de la variable : Financement des structures d'hébergement et analyse des coûts pour le résident.

Donnée :
socio-
économique



Analyse qualitative

Bien que la maison de repos demeure une solution pour certaines personnes âgées à Bruxelles, son accessibilité financière est régulièrement questionnée. L'enjeu de la rentabilité (taux d'occupation et normes), renforcée par une présence importante du secteur privé, engendre une tarification à la hausse. Alors que le coût de l'hébergement au sein des maisons de repos a continuellement augmenté ces dernières années, les projections annoncent une population âgée moins favorisée socioéconomiquement.

Le maintien à domicile des personnes âgées autonomes représente également un coût. Cette option ne doit pas être envisagée comme une solution « gratuite » car elle occasionne également des dépenses (pour la personne âgée et pour la collectivité).

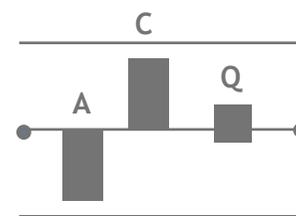
Les alternatives, qui représentent une solution intéressante pour certaines personnes âgées, demeurent peu (ou pas) financées. Elles ne sont pas, à ce stade, une option moins coûteuse. Des solutions d'hébergement, coordonnées avec le secteur du logement social, apparaissent également et sont une option à envisager pour répondre à l'enjeu de la précarité socioéconomique croissante chez les personnes âgées.

Messages clés

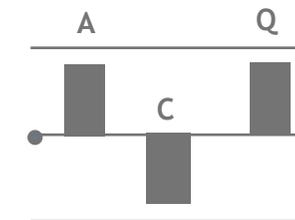
- L'augmentation des coûts est un enjeu au regard des indicateurs socio-économique bruxellois,
- Il manque un cadre structurant (législatif et financier) pour encourager le développement des solutions alternatives.
- Le coût très important de l'immobilier à Bruxelles est un véritable problème.

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Financement des alternatives →

Accessibilité : l'accessibilité est actuellement difficile (nécessité de rentabilité et évolution sociodémographique)

Coût collectif : la part non financée par la collectivité est prise en charge par le résident, impliquant dès lors un impact positif pour le coût collectif.

Qualité : pas d'effet démontré entre l'accessibilité et la qualité de la prise en charge.

Accessibilité : rendre le modèle plus accessible par un financement différencié en fonction des structures (MR/MRS et alternatives).

Coût collectif : un impact négatif sur le coût collectif pourrait apparaître en raison d'un financement inclusif et favorable aux alternatives (une répartition des moyens engendrerait un coût neutre). A noter que si un transfert de places est organisé des MR/MRS vers les alternatives, l'impact sera davantage positif.

Qualité : un effet espéré est l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Définition de la variable : Prise en charge des personnes âgées issues de différentes communautés immigrées, la multiculturalité et l'hétérogénéité de la nationalité des personnes âgées bruxelloises.

Donnée :  socio-culturel

Tendances observées

- la proportion de personnes âgées de nationalité non belge a augmenté au cours de ces dix dernières années,
- un impact du vieillissement différent,
- la culture a une influence sur la perception du vieillissement et la conception des soins aux personnes âgées (qui parfois une juste rencontre entre l'offre et la demande d'aide),
- le solde migratoire externe a baissé entre 2010 et 2020. Durant cette période, une baisse remarquable du solde migratoire externe est observée car l'immigration externe a baissé depuis 2010 et surtout en 2019 après la crise sanitaire. Dans les projections du bureau fédéral du plan de 2020 à 2070, les flux migratoires resteraient avec une croissance limitée.

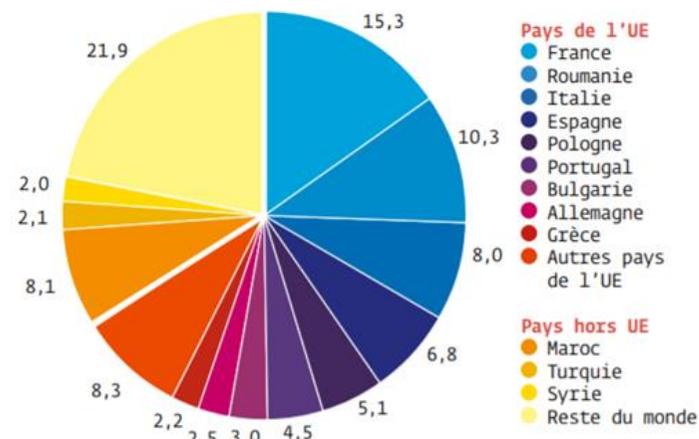
Analyse quantitative

Proportion de personnes ayant la nationalité non belge, par catégorie d'âge (2009-2019)

	Tous les âges			65 ans et plus			Population totale
	< 18 ans	18-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	
2009	21,6	34,6	15,4	20,2	12,7	7,6	29,1
2010	22,7	35,6	15,8	20,4	13,5	7,8	30,0
2011	24,4	37,2	16,3	20,7	14,3	8,2	31,5
2012	26,0	38,2	16,6	20,6	15,0	8,6	32,6
2013	26,5	38,8	16,8	20,5	15,5	8,9	33,1
2014	26,6	38,8	16,9	20,3	15,9	9,2	33,1
2015	27,5	39,7	17,2	20,3	16,4	9,8	33,9
2016	28,3	40,4	17,5	20,2	17,0	10,5	34,6
2017	28,5	40,5	17,6	20,0	17,5	10,8	34,8
2018	28,5	40,6	17,7	19,9	17,7	11,3	34,8
2019	28,5	40,7	17,8	19,8	17,8	11,7	34,9

Cf. Figure 32 - Analyse PESTEL

Principales nationalités étrangères en 2020 (% de la population totale de nationalité étrangère au 1er janvier)



Cf. Figure 34 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Prise en charge des personnes âgées issues de différentes communautés immigrées, la multiculturalité et l'hétérogénéité de la nationalité des personnes âgées bruxelloises.

Donnée :  socio-culturel

Analyse qualitative

Cette diversité nécessite de penser, dans une optique d'inclusion, des solutions adaptées à la prise en charge des personnes âgées de nationalité non belge. Ces personnes sont confrontées à plusieurs difficultés qu'il est nécessaire de prendre en considération :

- leurs ressources financières sont souvent plus faibles,
- la perte d'autonomie est plus rapide, le vieillissement précoce est souvent lié à la pénibilité des emplois occupés,
- une maîtrise perfectible, pour certains, des langues nationales,
- l'isolement, dû à l'éloignement de la famille (précarité relationnelle).

De plus, ces personnes disposent d'une moins bonne connaissance de l'offre en infrastructures d'aide et du système de soins.

Les acteurs de terrain observent une évolution à moyen terme du nombre de personnes âgées de nationalité non belge au sein de leur structure. Bien que ce constat nécessite des adaptations en interne, ils émettent l'hypothèse que, à long terme, l'intégration de ces personnes sera totale (intégration « rapide » des origines étrangères nées sur le territoire belge).

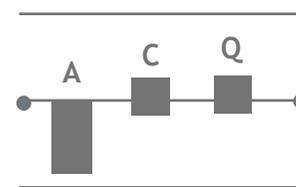
La mixité culturelle - qui doit être prise en compte dès la prise en charge jusqu'à la fin de vie de la personne âgée - est « acceptée » mais elle ne fait pas partie d'une démarche proactive qui vise à attirer des profils de cultures différentes. Des démarches inspirantes sont observées aux Pays-Bas (cf. Benchmarking alternatives). Notons également que la mixité du personnel favorise l'intégration des personnes d'origines étrangères.

Messages clés

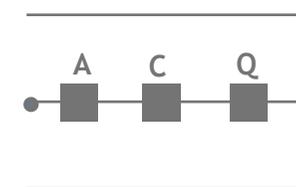
- Des structures de petites tailles (unités de vie) peuvent être envisagées pour développer et encourager une démarche inclusive.
- Renforcer le modèle au sein duquel on considère les besoins socio-culturel du citoyen et non uniquement son incapacité physique.
- Favoriser les démarches proactives en vue d'attirer les profils de cultures différentes.
- Améliorer la prise en charge en fin de vie.

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Mise en œuvre d'une démarche inclusive

Accessibilité : les ressources financières des personnes d'origine étrangère sont souvent plus faibles et leurs habitudes rentrent parfois en contradiction avec les structures traditionnelles.

Coût collectif : neutre (pas d'effet direct entre la multiculturalité et le coût collectif)

Qualité : pas d'effet démontré entre la multiculturalité et la qualité.

Accessibilité : une démarche inclusive au niveau de l'ensemble des structures d'hébergement doit être privilégiée.

Coût collectif : neutre (pas d'effet direct entre la multiculturalité et le coût collectif)

Qualité : pas d'effet démontré entre la multiculturalité et la qualité.

Définition de la variable : Existence de lieux de vie alternatifs à la maison de repos/ maisons de repos et de soins.

Donnée :
Socio-
économique

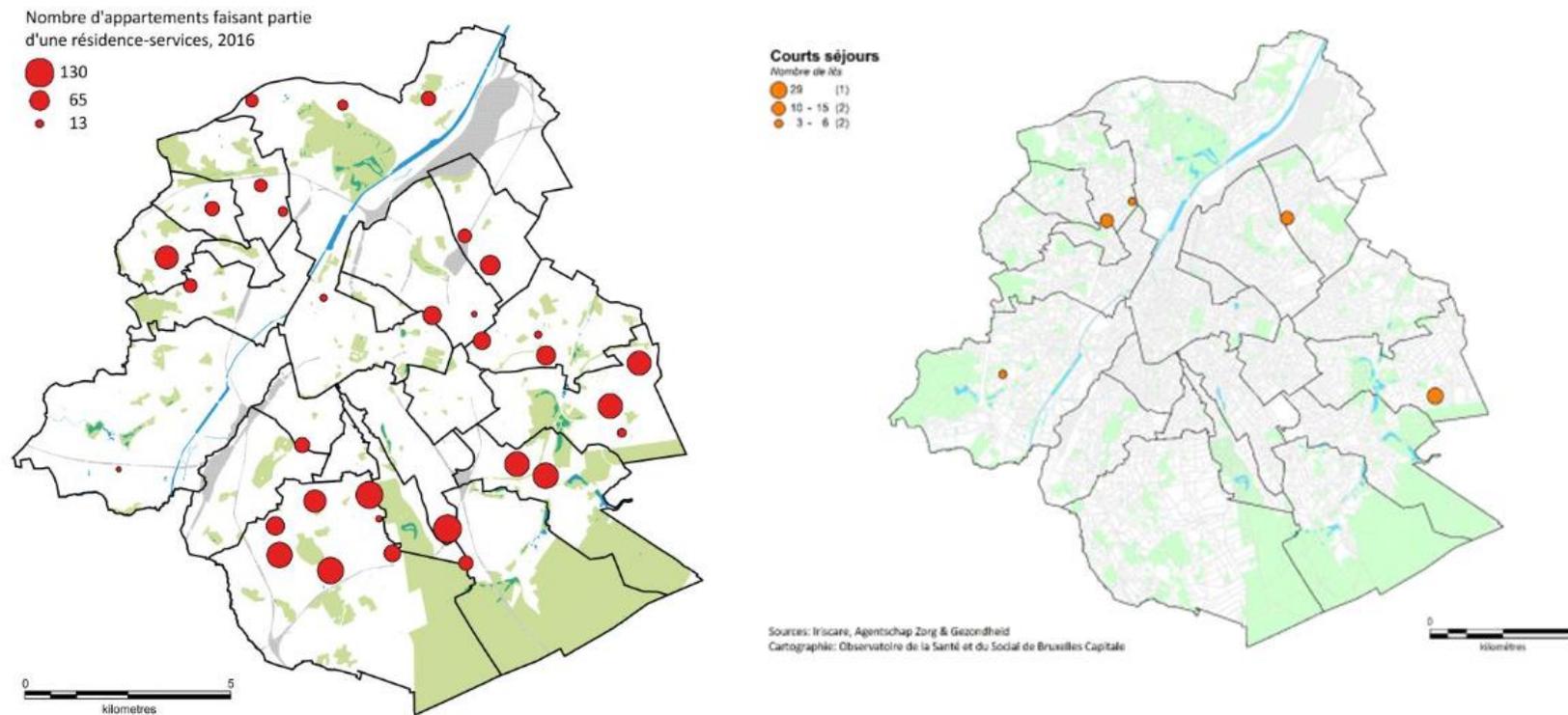


Tendances
observées

- la MR/MRS demeure la solution d'hébergement pour personnes âgées la plus connue,
- les projets d'habitation en commun restent des projets à petites échelles,
- peu de suivi des alternatives (statistiques).

Analyse quantitative

Situation des appartements faisant partie d'une résidence-services,
par structure (2016 vs. 2021)



Cf. Figure 30 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Existence de lieux de vie alternatifs à la maison de repos/ maisons de repos et de soins

Donnée :
Socio-
économique



Analyse qualitative

Au vu du degré d'autonomie de certains résidents au sein des MR/MRS, la possibilité de vivre dans une structure alternative aurait pu être envisagée. Lorsque l'option de l'hébergement alternatif est évoquée, une attention spécifique doit être portée sur les éléments suivants :

- la plupart des personnes âgées ne souhaitent pas intégrer une MR avant l'âge de 85 ans (Cf. figure 25 de l'analyse PESTEL),
- le type d'habitat est intrinsèquement lié au degré d'autonomie de la personne,
- les formes d'hébergement alternatif comme l'habitat collectif nécessitent une participation sociale, qui n'est pas de la volonté de toute personne âgée.

Les alternatives développées à Bruxelles, peu nombreuses, rencontrent quelques difficultés :

- un besoin de visibilité, qui nécessite des investissements en matière de communication pour être davantage reconnue,
- des moyens limités qui impliquent un nombre de places limités et qui engendrent des difficultés en termes d'accessibilité financière
- un manque de souplesse au niveau des législations et réglementations qui structurent ces alternatives (notamment l'habitat collectif) avec une recherche de contournement des règles (séniorie, appartement, ...)

Pour certains, l'hébergement alternatif, quel qu'il soit, représente une étape supplémentaire avant l'arrivée, inévitable, en MR/MRS.

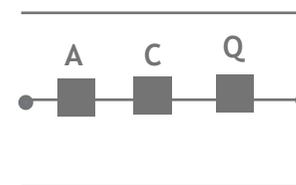
A noter également, qu'une alternative n'est pas uniquement un nouveau mécanisme « innovant », elle peut prendre la forme d'une innovation managériale (comme les projets « tubbe » par exemple qui visent à remettre le patient au centre des préoccupations).

Messages clés

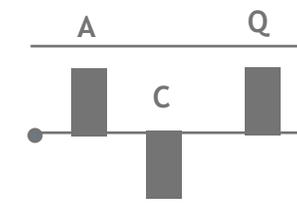
- Secteur peu soutenu et peu monitoré
- Secteur peu développé et peu connu
- Nécessite de tenir compte du degré d'autonomie de la personne
- Cout immobilier très important à Bruxelles

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Mise en œuvre d'une démarche inclusive



Accessibilité : peu de données existent quant au coût des alternatives. Les études démontrant un lien de cause à effet entre le coût des alternatives et l'accessibilité sont peu nombreuses. Néanmoins ces structures, de petites échelles dont certaines sont encore au stade expérimentation, ont un coût certain.

Coût collectif : les alternatives sont, à ce stade, faiblement soutenues par le secteur public.

Qualité : l'alternative doit viser à une meilleure adéquation entre le besoin du citoyen et l'offre de service.

Accessibilité : les alternatives, si elles sont plus soutenues et financées, devront être suivies pour assurer une accessibilité financière (via un contrat d'objectifs par exemple).

Coût collectif : le modèle préconisé vise un meilleur soutien des structures alternatives. Bien que celles-ci ne soient pas plus coûteuses que les MR/MRS, ce soutien pourra avoir un impact sur le coût collectif.

Qualité : l'alternative doit viser à une meilleure adéquation entre le besoin du citoyen et l'offre de service.

Définition de la variable : Encadrement législatif au sein des MR/MRS.

Donnée : 
Contexte légal

Tendances observées

- les normes sont en deçà du nombre de professionnels effectivement nécessaires pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes âgées,
- les normes MR sont nettement inférieures aux normes MRS, impliquant un encadrement relativement différent au sein de ces structures,
- les normes d'encadrement n'ont pas évolué depuis leur adoption et ne sont pas adaptées au mode de fonctionnement des MR,
- le meilleur financement des « MRS » se traduit également par une utilisation plus importante de ces lits lors de la crise du COVID (taux d'occupation plus importante des lits MRS que des lits MR),

Analyse quantitative

Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MRS

	O	A	B	C	Cd	D
Personnel infirmier	0	0	5	5	5	2.5
Personnel soignant	0	0	5.2	6.2	6.7	5.2
Réactivation	0	0	0	0.5	0.5	2.5
Réactivation court séjour	0	0	0	0	0	0
Réactivation palliatifs	0	0	0.1	0.1	0.1	0.1
Kiné, ergo, logo	0	0	1	1	1	1

Cf. Figure 45 - Analyse PESTEL

Normes de personnel en ETP par 30 résidents - MR

	O	A	B	C	Cd	D
Personnel infirmier	0.25	1.2	2.1	4.1	4.1	1.2
Personnel soignant	0	1.05	4	5.06	6.06	4
Réactivation	0	0	0.35	0.385	0.385	1.25
Réactivation court séjour	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Réactivation palliatifs	0	0	0	0	0	0
Kiné, ergo, logo	0	0	0	0	0	0

Cf. Figure 44 - Analyse PESTEL

Définition de la variable : Encadrement législatif au sein des MR/MRS.

Analyse qualitative

Les normes d'encadrement au sein des MR/MRS sont régulièrement épinglées comme étant insuffisantes. Les gérants des MR/MRS estiment qu'il n'est pas possible d'offrir un service de qualité en appliquant *sensu stricto* ces règles d'encadrement Ceci notamment en raison du profil de plus en plus lourd de certaines personnes âgées qui requiert un encadrement et un accompagnement plus important. Ces acteurs de terrains se disent dès lors en faveur d'une révision de ces normes.

Le secteur public bénéficie régulièrement d'un financement complémentaire pour augmenter l'encadrement de la prise en charge du résident. En revanche, le statut du travailleur public réduit sa flexibilité et sa disponibilité. Certains acteurs ont émis la proposition de définir un financement qui favorise le maintien des capacités du résident en bonne santé.

Les normes prennent pas suffisamment en compte de :

- l'occupation réelle des MR/MRS, le mode de fonctionnement des établissements,
- l'importance du médecin coordinateur,
- la nécessité de renforcer la prise en charge globale du résident, les besoins en matière de soins ont évolués (spécialisation des professionnels de la santé)
- la professionnalisation du secteur,
- la distinction entre les profils « métiers » tels que kiné, ergo, logo. Ils devraient bénéficier d'un financement spécifique et disposer d'objectifs en lien avec les besoins des résidents.

L'échelle d'évaluation de Katz a un intérêt indéniable mais est associée à une connotation négative. Certains estiment qu'il serait plus pertinent de considérer les capacités de la personne âgée, plutôt que les incapacités. Renverser le paradigme pour engendrer une image positive de la prise en charge.

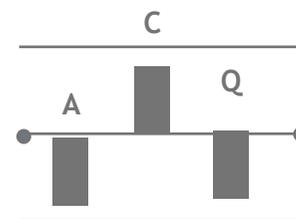
Il est également important de noter que le sous-financement, engendré par ces normes, peut avoir un impact sur la facture du résident.

Messages clés

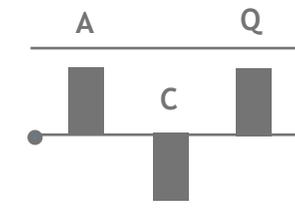
- La norme est un levier majeur pour agir sur la qualité des soins.
- La définition du financement sur l'unique base de la capacité du résident est obsolète.
- L'intégration des besoins psychosociaux est nécessaire pour assurer des soins complets.
- L'échelle de Katz ne considère pas les besoins psychosociaux (et la charge de travail notamment au niveau social : assistant social)

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Modification des normes

Accessibilité : Risque de prise en charge de frais par le résident suite au sous-financement des normes.

Coût collectif : le sous-financement impliqué par les normes a un impact positif sur le coût global.

Qualité : à ce stade, les normes d'encadrement sont insuffisantes pour permettre une prise en charge de qualité.

Accessibilité : pas d'effet démontré entre l'accessibilité financière et les normes d'encadrement.

Coût collectif : un changement du modèle de financement et un refinancement du secteur aura un impact négatif sur le coût global.

Qualité : la modification des normes, visant le renforcement de l'encadrement au sein des MR/MRS, aura un impact positif sur la qualité des services offerts.

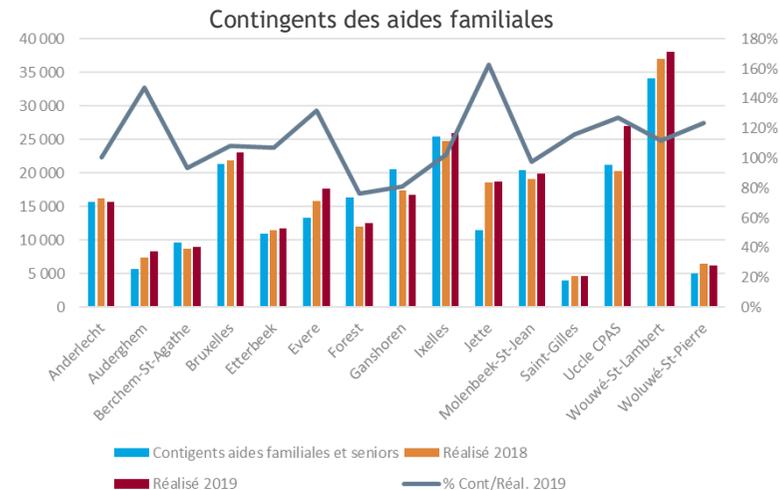
Définition de la variable : Maintien de la personne âgée à son domicile en offrant une série de prestations ménagères et médicales visant à faciliter son quotidien (distribution de repas, services de garde, aide logistique, soins à domicile, tâches ménagères, etc.).

Donnée :  socio-économique

Tendances observées

- une augmentation de la demande de soins à domicile sur le territoire bruxellois,
- un contingent contraignant et limité (+ 102% en 2018, +108% en 2019). Ce contingent peut-être revu à la hausse,
- un sous-investissement au sein des services de soins à domicile en comparaison à la Région wallonne et à la Région flamande,
- un secteur sous-financé pour l'ensemble de la Belgique en comparaison à la moyenne européenne,
- très peu de monitoring centralisé des centres de jour,
- un quart des Bruxellois (22%) de 65 ans et plus ont fait appel à un service de soins et d'aide à domicile.

Analyse quantitative



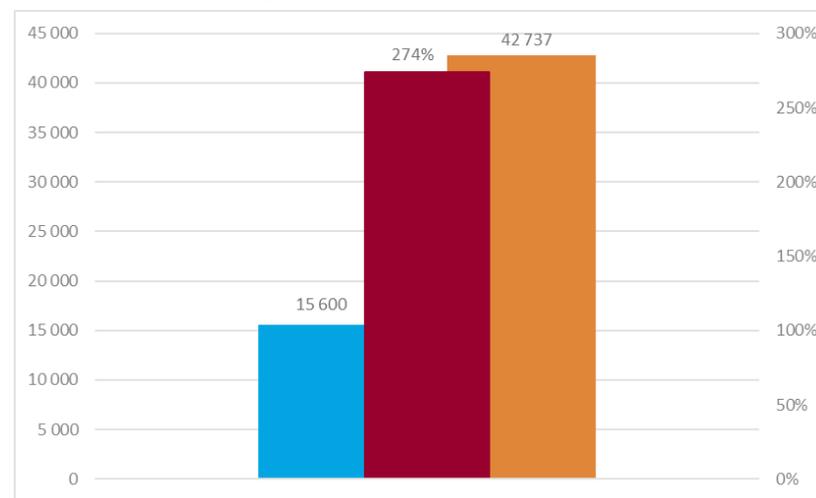
Source : Iriscare.

Analyse quantitative (suite)

(ID) indicateur	Score BEL	Année	Fla	Wal	Bxl	Source	EU-15*
Accessibilité des services de soins de longue durée							
Soins de longue durée en MRPA/MRS							
ELD-1	(% de la pop. âgée de +65 ans)	C	8.5	2016	8.0	9.0 10.3	IMA -
Soins de longue durée à domicile							
ELD-2	(% de la pop. âgée de +65 ans)	C	5.1	2016	5.5	4.8 3.3	IMA 8.7
Aidants informels							
ELD-3	(% de la pop. âgée de +50 ans)	C	20	2015	-	- -	SHARE 13.3
Nombre de lits de soins de longue durée dans les institutions (par 1000 hab. de +65 ans)							
ELD-4	(NEW 2019)	C	68	2018	61	74 99	RIZIV 46.2
Personnes présentant une faible dépendance et vivant en institution (% de résidents)							
ELD-5	(NEW 2019)	C	25	2018	20	31 34	RIZIV -

Cf. Figure 31 - Analyse PESTEL

Contingents des aides ménagères « Iriscare » (2019)



Source : Iriscare.

Définition de la variable : Maintien de la personne âgée à son domicile en offrant une série de prestations ménagères et médicales visant à faciliter son quotidien (distribution de repas, services de garde, aide logistique, soins à domicile, tâches ménagères, etc.).

Donnée :
socio-
économique



Analyse qualitative

Le secteur des soins à domicile est sous investi à Bruxelles et le financement diffère en fonction des pouvoirs subsidiant. A contrario, le vieillissement de la population et le nombre croissant de personnes âgées, engendrent un besoin plus important pour le secteur des aides et soins à domicile.

L'analyse du secteur permet d'établir les constats suivants :

- le contingent aide ménagère/aide familiale est trop restrictif et pourrait être doublé,
- un meilleur financement de l'encadrement, en termes d'organisation et de coordination, est souhaité,
- un manque de visibilité est observé, certaines personnes âgées ne disposent pas d'une compréhension des solutions que peut apporter le secteur des soins à domicile,
- un manque de coordination, au niveau du secteur COCOF,
- un travail au « noir » existe en parallèle des services officiels offerts.

Les acteurs du secteur s'accordent pour affirmer qu'il manque à Bruxelles une vision globale, claire et partagée, de l'organisation des soins. En d'autres termes, il n'existe de stratégie concernant le rôle du « domicile » dans le continuum de prise en charge de la personne âgée.

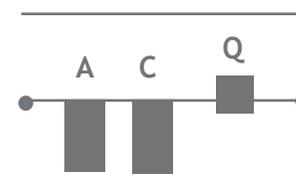
Il existe également, à Bruxelles, un besoin pour des structures non-résidentielles, tels que les centres de jours et les centres de soins de jours, pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées à domicile (aide administrative, repas, contacts sociaux, courses, etc.)

Messages clés

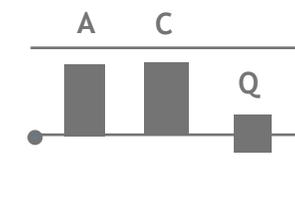
- Un sous-financement criant des soins à domicile
- Un manque d'organisation, de structuration et stratégie des services à domicile.
- Une coordination des acteurs réclamée (Domicile - hôpital - secteur résidentiel)

Impacts

Situation actuelle :



Situation potentielle :



Refinancement du secteur des soins à domicile →

Accessibilité : l'offre étant peu développée, les possibilités sont restreintes pour la personne âgée qui n'a d'autres solutions que de se diriger vers une MR/MRS.

Coût collectif : le sous financement des soins à domicile est contrebalancé par la prise en charge du coût des MR/MRS par la collectivité comme unique alternative pour le citoyen.

Qualité : neutre, mais il est important de signaler que dans cette configuration le choix du citoyen n'est évidemment pas toujours possible ou respecté.

Accessibilité : un financement plus important des soins à domicile et une révision, à la hausse, du contingent, aura un impact positif sur l'accessibilité des MR/MRS (l'augmentation de l'offre à domicile aura un effet sur la demande d'hébergement en MR/MRS).

Coût collectif : le financement du secteur renforcera l'offre de soins à domicile et permettra ainsi réduire le financement des hébergements résidentiels.

Qualité : neutre, mais il est important de signaler que dans cette configuration le choix du citoyen serait davantage respecté.

PARTIE III : BENCHMARKING DES PROGRAMMATIONS

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	78
2. Programmation de la Région wallonne.....	78
2.1. Critères	78
2.1.1. Les secteurs organisateurs	78
2.1.2. Les arrondissements administratifs	78
2.2. Programmation	78
2.2.1. Maison de repos et de soins	78
2.2.2. Court séjour	82
2.2.3. Centre de soins	83
3. Programmation de la Région flamande	84
4. Le moratoire en Région wallonne et en Région flamande	85
5. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en France	86
5.1. Les structures d'hébergement.....	86
5.2. Les CPOM	86
5.2.1. CPOM ministère - ARS	86
5.2.2. CPOM ARS - Établissement	87
6. La flexibilité de l'offre en Allemagne.....	90
7. La programmation aux Pays-Bas	93
8. Conclusion	95

TABLES DES FIGURES

Figure 1 : Chiffre de programmation pour les MR Wallonie	79
Figure 2 : Chiffre de programmation pour les MRS Wallonie	81
Figure 3 : Chiffre de programmation pour Court séjour en Wallonie	83
Figure 4: Panorama des soins résidentiels aux personnes âgées, reconnu par Care and Health, 2021	84
Figure 5 : Taux d'occupation des maisons de retraite au sein des Landers (2017)	90
Figure 6 : Nombre de lits de maisons de soins par type d'opérateur (2018).....	91
Figure 7 : Taux d'occupation des maisons de repos aux Pays-Bas	94

1. Introduction

Après avoir analysé les spécificités du contexte bruxellois, nous nous intéressons dorénavant à la manière dont certaines régions/ certains pays ont mis en œuvre leur service résidentiel à destination des personnes âgées. Plus spécifiquement, nous allons ici analyser la « programmation » en Wallonie, en Flandre, en France, en Allemagne et, enfin, aux Pays-Bas. De cette analyse découle une série de bonnes pratiques inspirantes pour Bruxelles.

2. Programmation de la Région wallonne

2.1. Critères

2.1.1. Les secteurs organisateurs

Les trois secteurs organisateurs sont : le privé commercial, le public et l'associatif. Le Code wallon de l'action sociale et de la santé fixe (art. 346 §1) :

- 29% au minimum les lits de maison de repos réservés au secteur public,
- 21% au minimum les lits de maison de repos réservés au secteur associatif,
- 50% au maximum les lits de maison de repos réservés au secteur privé commercial.

La prééminence du secteur privé commercial est ici observée.

En région wallonne, le taux d'occupation des maisons de repos était, en juin 2019, égal à 94%¹.

2.1.2. Les arrondissements administratifs

Le Code wallon de l'action sociale et de la santé établit les règles d'implantation des lits de maison de repos par arrondissement en fonction du nombre d'aînés de 75 ans et plus qui y résident. Onze arrondissements ont été identifiés : Nivelles, Ath, Charleroi, Mons, Mouscron, Soignies, Thuin, Tournai, Huy, Liège, Verviers, Waremme, Arlon, Bastogne, Marche-en-Famenne, Neufchâteau, Virton, Dinant, Namur et Philippeville.

2.2. Programmation

2.2.1. Maison de repos et de soins

La capacité maximale des lits en maison de repos et de soins est fixée à 46.659 lits sur le territoire de la région de langue française (art.1410).

Selon l'article 1411 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, *la programmation des lits de maison de repos se réalise par arrondissement de la manière suivante :*

Au premier janvier de chaque année est calculé:

- *le coefficient moyen du nombre de lits fixé par le programme pour l'ensemble du territoire par rapport aux dernières données de l'Institut national de Statistiques de la population âgée de septante-cinq ans et plus (coefficient X);*
- *et pour chaque arrondissement, le coefficient moyen du nombre de lits bénéficiant d'un titre de fonctionnement ou d'un accord de principe dans l'arrondissement par*

¹ Wallonie Santé (2020). MAISONS DE REPOS : 10.000 LITS VIDES SUITE À LA CRISE COVID-19.
https://www.walloniesante.be/fr/news/53_maisons-de-repos-10000-lits-vides-suite-a-la-crise-covid-19

rapport aux dernières données de l'Institut national de Statistiques de la population âgée de septante-cinq ans et plus dans l'arrondissement concerné.

Afin d'assurer une répartition homogène des lits de maison de repos sur l'ensemble du territoire, en cas de lits disponibles, l'attribution se fait de l'arrondissement le plus en retard par rapport au coefficient X à l'arrondissement le mieux loti.

Une maison de repos ne peut comporter moins de cinquante lits ou plus de cent cinquante lits, y compris les lits de court séjour ou de maison de repos et de soins².

Figure 1 : Chiffre de programmation pour les MR Wallonie

MR		01/09/20						Situation figée au 1/01/20 compte tenu de utilisation au 1/01/20 & INS au 01/01/19			
HORS GERMANOPHONES		01/01/19		UTILI SA ²				Coeff. moyen	Situation Arrondissement		
Arrondissement	N°	PA 80 et +		Arr.	COMM	ASSOC	PUBLIC		% DEF	% EXC	(Lits)
NIVELLES	25	21.470	En fonctionnement	4.662	3.037	564	1.061	0,227201	-14,78%		-846
			En accord de principe	231	73	8	150				
			Total	4.893	3.110	872	1.211				
ATH	51	6.736	En fonctionnement	1.683	479	620	584	0,254602	-2,68%		-47
			En accord de principe	32	14	0	18				
			Total	1.715	493	620	602				
CHARLEROI	52	20.047	En fonctionnement	4.759	2.311	812	1.636	0,247618	-5,35%		-281
			En accord de principe	258	88	170	0				
			Total	5.017	2.399	982	1.636				
MONS	53	12.743	En fonctionnement	3.590	1.408	1.491	691	0,281723	7,68%		256
			En accord de principe	-6	0	-6	0				
			Total	3.584	1.408	1.485	691				
LA LOUVIERE	58	7.438	En fonctionnement	2.020	853	726	441	0,266469	1,85%		36
			En accord de principe	2	-4	6	0				
			Total	2.022	849	732	441				
SOIGNIES	55	5.081	En fonctionnement	1.493	474	585	434	0,292669	11,87%		158
			En accord de principe	-6	-6	0	0				
			Total	1.487	468	585	434				
THUIN	56	5.034	En fonctionnement	1.115	481	288	346	0,235797	9,87%		-130
			En accord de principe	38	0	38	0				
			Total	1.153	481	326	346				
TOURNAI	57	13.065	En fonctionnement	4.809	2.055	1.432	1.322	0,368063	40,69%		1391
			En accord de principe	-25	0	-25	0				
			Total	4.784	2.055	1.407	1.322				
HUY	61	5.416	En fonctionnement	1.588	756	379	453	0,285820	9,25%		131
			En accord de principe	-40	-40	0	0				
			Total	1.548	716	379	453				
LIEGE	62	34.336	En fonctionnement	8.405	5.627	1.389	1.389	0,253378	-3,15%		-283
			En accord de principe	308	79	137	92				
			Total	8.713	5.705	1.526	1.481				
VERVIERS	63	10.842	En fonctionnement	2.946	704	517	1.725	0,271721	3,88%		110
			En accord de principe	-81	-81	0	0				
			Total	2.865	623	517	1.725				
WAREMME	64	3.972	En fonctionnement	987	572	166	249	0,239426	-8,48%		-88
			En accord de principe	-36	-58	22	0				
			Total	951	514	188	249				
ARLON	81	3.034	En fonctionnement	672	485	0	187	0,228411	-12,09%		-101
			En accord de principe	21	0	0	21				
			Total	693	485	0	208				
BASTOGNE	82	2.215	En fonctionnement	526	116	50	360	0,257336	-1,64%		-9
			En accord de principe	42	19	23	0				
			Total	568	135	73	360				
MARCHE-EN-FAMENNE	83	2.913	En fonctionnement	654	272	85	297	0,234809	-10,28%		-78
			En accord de principe	30	20	0	10				
			Total	684	292	85	307				
NEUXCHATEAU	84	3.301	En fonctionnement	853	228	293	332	0,260224	-0,53%		-5
			En accord de principe	6	6	0	0				
			Total	859	234	293	332				
			En fonctionnement	600	88	266	248				
			En accord de principe	79	0	0	79				

² Exceptions prévues par l'article 1412 du Code wallon de l'action sociale et de la santé

VIRTON	85	2.883	Total	679	88	266	327	0,235519	-9,98%	-75
DINANT	91	5.985	En fonctionnement	1.348	367	784	197			
			En accord de principe	122	12	110	0			
			Total	1.470	379	894	197	0,241437	-7,71%	-121
NAMUR	92	15.961	En fonctionnement	3.745	1.337	1.260	1.148			
			En accord de principe	97	132	-35	0			
			Total	3.842	1.469	1.225	1.148	0,240586	-8,04%	-336
PHILIPPEVILLE	93	3.423	En fonctionnement	790	388	199	203			
			En accord de principe	114	0	17	97			
			Total	904	388	216	300	0,264096	0,95%	8
TOTAL		185.895	En fonctionnement	47.24	22.036	11.906	13.303			
			En accord de principe	5	254	465	467			
			Total	1.186	22.290	12.371	13.770			
				48.43						

(Sur base de la situation figée au 1/01/19)

49561 Progr
185895 INS

MR	RW	COMM	ASSOC	PUBLIC
RW - Progr. Coeff. X & %	0.266 607	50,00%	21,00%	29,00%
RW - Progr. Lits	49.56 1	24.781	10.408	14.372
RW - Utilisation Lits	48.43 1	22.290	12.371	13.770
RW - Utilisation %		44,97%	24,96%	27,78%
RW - Solde Lits	- 1.130	-2.491	1.963	-602
MORAT. - Progr. lits	49.56 1			
MORAT.- Utilisation Lits	48.43 1			
MORAT. - Solde Lits	- 1.130			

Source : UVCW³.

³ UVCW. Chiffre de programmation pour les établissements d'accueil et d'hébergement pour âgés en Wallonie.

Figure 2 : Chiffre de programmation pour les MRS Wallonie

MRS
01/09/20

HORS GERMANOPHONES		01/01/19	UTILISA ²				Coeff. moyen	Situation Arrondissement		
Arrondissement	N°	PA 80 et +	Arr.	COMM	ASSOC	PUBLIC		% DEF	% EXC	(Lits)
NIVELLES	25	21.470	En fonctionnement	2.303	1.443	310	550	0,110340	-14,23%	-393
			En accord de principe	66	49	17	0			
			Total	2.369	1.492	327	550			
ATH	51	6.736	En fonctionnement	840	207	371	262	0,126930	-1,33%	-12
			En accord de principe	15	0	0	15			
			Total	855	207	371	277			
CHARLEROI	52	20.047	En fonctionnement	2.254	819	426	1.009	0,114930	-10,66%	-275
			En accord de principe	50	35	15	0			
			Total	2.304	854	441	1.009			
MONS	53	12.743	En fonctionnement	1.720	571	815	334	0,146512	13,89%	228
			En accord de principe	147	112	20	15			
			Total	1.867	683	835	349			
LA LOUVIERE	58	7.438	En fonctionnement	957	385	339	233	0,129336	0,54%	5
			En accord de principe	5	0	5	0			
			Total	962	385	344	233			
SOIGNIES	55	5.081	En fonctionnement	789	180	335	274	0,160205	24,53%	160
			En accord de principe	25	25	0	0			
			Total	814	205	335	274			
THUIN	56	5.034	En fonctionnement	542	220	167	155	0,109654	-14,76%	-96
			En accord de principe	10	0	0	10			
			Total	552	220	167	165			
TOURNAI	57	13.065	En fonctionnement	2.077	608	818	651	0,182931	42,20%	709
			En accord de principe	313	245	49	19			
			Total	2.390	853	867	670			
HUY	61	5.416	En fonctionnement	822	347	261	214	0,162851	26,59%	185
			En accord de principe	60	55	5	0			
			Total	882	402	266	214			
LIEGE	62	34.336	En fonctionnement	4.015	2.460	787	768	0,123049	-4,35%	-192
			En accord de principe	210	143	2	65			
			Total	4.225	2.603	789	833			
VERVIERS	63	10.842	En fonctionnement	1.377	205	334	838	0,127928	-0,56%	-8
			En accord de principe	10	0	0	10			
			Total	1.387	205	334	848			
WAREMME	64	3.972	En fonctionnement	428	233	74	121	0,103726	-19,37%	-99
			En accord de principe	-16	-30	6	8			
			Total	412	203	80	129			
ARLON	81	3.034	En fonctionnement	290	209	0	81	0,099209	-22,88%	-89
			En accord de principe	11	0	0	11			
			Total	301	209	0	92			
BASTOGNE	82	2.215	En fonctionnement	144	0	30	114	0,100226	-22,09%	-63
			En accord de principe	78	35	0	43			
			Total	222	35	30	157			
MARCHE-EN-FAMENNE	83	2.913	En fonctionnement	286	171	25	90	0,131823	2,47%	9
			En accord de principe	98	0	23	75			
			Total	384	171	48	165			
NEUXCHATEAU	84	3.301	En fonctionnement	463	133	159	171	0,140261	9,03%	38
			En accord de principe	0	0	0	0			
			Total	463	133	159	171			
VIRTON	85	2.883	En fonctionnement	251	0	117	134	0,090531	-29,63%	-110
			En accord de principe	10	0	10	0			
			Total	261	0	127	134			
DINANT	91	5.985	En fonctionnement	597	133	400	64	0,116291	-9,60%	-74
			En accord de principe	99	0	99	0			
			Total	696	133	499	64			
NAMUR	92	15.961	En fonctionnement	1.973	521	753	699	0,129190	0,43%	9
			En accord de principe	89	85	-10	14			
			Total	2.062	606	743	713			
PHILIPPEVILLE	93	3.423	En fonctionnement	314	79	113	122	0,093193	-27,56%	-121
			En accord de principe	5	0	0	5			
			Total	319	79	113	127			
TOTAL		185.895	En fonctionnement	22.442	8.924	6.634	6.884			
			En accord de principe	1.285	754	241	290			
			Total	23.727	9.678	6.875	7.174			

MR	RW	COMM	ASSOC	PUBLIC
RW - Progr. Coeff. X & %	0.128843	50,00%	21,00%	29,00%
RW - Progr. Lits	23.914	11.957	5.022	6.935
RW - Utilisation Lits	23.727	9.678	6.875	7.174
RW - Utilisation %		40,47%	28,75%	30,00%

RW - Solde Lits	-187	-2.279	1.853	239
MORAT. - Progr. lits	23.914			
MORAT. - Utilisation Lits	23.727			
MORAT. - Solde Lits	-187			

Source : UVCW⁴.

2.2.2. Court séjour

La capacité maximale des lits de court séjour est fixée à 1.800 lits pour l'ensemble du territoire.

Selon l'article 1414 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, *la programmation des lits de court séjour se réalise par arrondissement de la manière suivante.*

Au premier janvier de chaque année est calculé:

- *le coefficient moyen du nombre de lits fixé par le programme pour l'ensemble du territoire par rapport aux dernières données de l'Institut national de Statistiques de la population âgée de septante-cinq ans et plus (coefficient X);*
- *et pour chaque arrondissement, le coefficient moyen du nombre de lits bénéficiant d'un titre de fonctionnement ou d'un accord de principe dans l'arrondissement par rapport aux dernières données de l'Institut national de Statistiques de la population âgée de septante-cinq ans et plus dans l'arrondissement concerné.*

Afin d'assurer une répartition homogène des lits de court séjour sur l'ensemble du territoire, en cas de lits disponibles, l'attribution se fait de l'arrondissement le plus en retard par rapport au coefficient X à l'arrondissement le mieux loti, dans le respect de la répartition entre les secteurs visée à l'article 346, § 3, 3°, de la deuxième partie du Code décretaal.

L'article 1415 spécifie que « aucune maison de repos ne peut bénéficier de lits de court séjour au-delà du nombre de lits équivalant à vingt pour cent de sa capacité, arrondi à l'unité supérieure ».

⁴ UVCW. Chiffre de programmation pour les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés en Wallonie.

Figure 3 : Chiffre de programmation pour Court séjour en Wallonie

CS 01/09/20		Situation fixée au 1/01/20 compte tenu de INS au 01/01/19						Situation fixée au 1/01/20 compte tenu de utilisation au 1/01/20 & INS au 01/01/19									
N°		PA 80 et +	Progr.	50,00%	21,00%	29,00%	UTILISA*	COMM	ASSOC	PUBLIC	Coef. moyen	Situation Arrondissement			Situation Secteur		
Arrondissement	N°	PA 80 et +	Arr.	COMM	ASSOC	PUBLIC	Arr.	COMM	ASSOC	PUBLIC	% DEP	% EXC	(Lits)	COMM	ASSOC	PUBLIC	
NIVELLES	26	21.470	215	103	45	62	180	104	33	43	0,009384	-16,39%	-35	-4	-12	-18	
ATH	61	8.736	88	34	14	20	44	27	17	8	0,005532	-34,86%	-24	-7	3	-20	
CHARLEROI	62	20.047	201	101	42	58	167	70	33	64	0,007931	-20,90%	-42	-39	-9	6	
MONS	53	12.743	128	64	27	37	148	69	54	25	0,011614	16,83%	20	5	27	-12	
SOIGNIES	55	5.081	51	26	11	15	52	11	41	0	0,010431	4,03%	2	-15	31	-15	
THUIN	56	5.034	60	26	11	15	18	5	12	19	0,010528	5,00%	3	-16	1	17	
TOURNAI	57	13.065	131	66	28	38	134	41	84	29	0,010256	2,28%	3	-25	36	-9	
LA LOUVIERE	58	7.438	75	38	16	22	87	27	30	10	0,009008	-10,16%	-8	-11	14	-12	
HUY	61	5.416	54	27	11	16	65	35	22	8	0,012925	28,90%	18	8	16	-8	
LIEGE	62	34.336	344	172	72	100	247	152	56	37	0,008766	-12,58%	-43	-17	22	-48	
VERVIERS	63	10.842	109	55	23	32	153	6	77	70	0,014112	40,74%	44	-49	54	38	
WAREMME	64	3.972	40	20	8	12	34	9	20	6	0,010070	0,43%	0	-11	19	-7	
ARLON	81	3.034	30	15	6	9	21	16	0	5	0,007910	-21,11%	-6	4	-5	-4	
BASTOGNE	82	2.215	22	11	5	6	10	0	11	19	0,018059	80,10%	18	-11	7	22	
MARCHE-EN-FAMENNE	83	2.913	29	15	6	8	22	6	12	4	0,007896	-21,25%	-6	-8	6	-4	
NEUFCHATEAU	84	3.301	33	17	7	10	39	15	15	9	0,011815	17,83%	8	-2	8	-1	
VIRTON	85	2.883	29	15	6	8	9	4	5	0	0,003815	-81,95%	-18	-11	-1	-5	
DINANT	91	5.995	60	30	13	17	77	11	53	9	0,012197	21,64%	13	-19	49	-8	
NAMUR	92	15.961	160	80	34	46	150	29	94	27	0,009899	-1,28%	-2	-43	60	-19	
PHILIPPEVILLE	93	3.423	34	17	7	10	13	11	2	0	0,008764	-12,60%	-4	-6	2	0	
TOTAL		185.895					1.793	659	702	432							

(Sur base de la situation fixée au 1/01/19)
1894 Progr
185895 INS

CS	RW	COMM	ASSOC	PUBLIC
RW - Progr. Coeff. X & %	0,010027	50,00%	21,00%	29,00%
RW - Progr. Lits	1.884	932	391	641
RW - Utilisation Lits	1.793	659	702	432
RW - Utilisation %		35,35%	37,66%	23,18%
RW - Solde Lits	-71	-273	311	-109
MORAT - Progr. Lits	1.884			
MORAT - Utilisation Lits	1.793			
MORAT - Solde Lits	-71			

Source : UVCW⁵.

2.2.3. Centre de soins

La capacité maximale des places de centre de soins de jour est fixée à 3,9 places par mille habitants de 75 ans et plus pour l'ensemble du territoire.

Selon l'article 1417 du Code wallon de l'action sociale et de la santé, *la programmation des places de centre de soins de jour se réalise par arrondissement afin qu'aucun arrondissement ne puisse disposer de moins de trois places par mille habitants de septante-cinq ans et plus qui y résident sur base des dernières données de l'Institut national de Statistiques.*

⁵ UVCW. Chiffre de programmation pour les établissements d'accueil et d'hébergement pour âgés en Wallonie.

3. Programmation de la Région flamande

En Flandre, la programmation est réalisée par commune et par province, et s'exprime en termes de nombre de logements.

La programmation est chiffrée selon la logique suivante⁶ :

- 1 logement pour 100 personnes âgées de 65 à 74 ans ;
- 4 logements pour 100 personnes âgées de 75 à 79 ans ;
- 12 logements pour 100 personnes âgées de 80 à 84 ans ;
- 23 logements pour 100 personnes âgées de 85 à 89 ans ;
- 32 logements pour 100 personnes âgées de 90 ans et plus.

Ce résultat est multiplié par 1,047. Ce coefficient, démographique, est calculé sur base du pronostic de la population sur 5 ans⁷.

Figure 4: Panorama des soins résidentiels aux personnes âgées, reconnu par Care and Health, 2021

	Nombre d'établissements reconnus	Unités reconnues	Unités de programmation
Centres d'hébergement et de soins	826	83 248 logements	Programmation suspendue jusqu'en 2025
Centres d'hébergement et de soins avec reconnaissance complémentaire	753	50 659 logements	
Centres de court séjour	484	2 551 logements	Programmation suspendue jusqu'en 2025
Groupes de résidences services	876	31 839 logements	Aucune programmation déterminée
Centres de réadaptation	11	705 logements	Jusqu'à 1 500 logements

Source : Agentschap Zorg en gezondheid⁸

En Flandre, le taux d'occupation des maisons de repos est de 97,2%⁹.

⁶ Zorg-en-gezondheid.be. De programmatie van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-programmatie-van-woonzorgcentra-en-centra-voor-kortverblijf>

⁷ Zorg-en-gezondheid.be. De programmatie van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/de-programmatie-van-woonzorgcentra-en-centra-voor-kortverblijf>

⁸ Zorg-en-gezondheid.be. Overzicht aanbod ouderenzorg. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/overzicht-aanbod-ouderenzorg>

⁹ Probis Consult (2021). De impact van COVID-19 op de financiering van de Vlaamse woonzorgcentra. <https://probisconsult.probisgroup.be/impact-van-covid-19-op-financiering-vlaamse-wzcs/>

4. Le moratoire en Région wallonne et en Région flamande

Adopté en 1997 pour des raisons de contrôle budgétaire¹⁰, le moratoire fixe - pour chaque Région - la limite du nombre de lits en maisons de repos (MR et MRS) :

- la Wallonie dispose d'un nombre limité de lits ne pouvant dépasser 47.546 lits,
- la Flandre dispose d'un nombre de lits ne pouvant dépasser 83 248 unités.

Ce moratoire a un impact direct sur les programmations régionales. En 2013, le nombre de lits en Région wallonne (47.411) est très proche de celui établi par le moratoire (47.546), et limite dès lors les possibilités d'ouvrir ou d'agrandir une MR.

Suite à la 6^{ème} réforme de l'état, et l'attribution de nouvelles compétences aux Régions, les régions ont étudié la possibilité de lever ce moratoire et de fixer leur propre programmation en la matière, ceci dans l'objectif de répondre plus efficacement aux besoins de la population¹¹.

En Région bruxelloise, la Commission communautaire commune (CCC) a décidé d'adopter - pour Région bruxelloise - un moratoire concernant le nombre de lits en MR et MRS (ordonnance du 13 juillet 2017). L'objectif de ce moratoire est de répondre au nombre trop important de lits inoccupés en réorientant l'offre par la reconversion des lits MR en lits MRS ou en places de court séjour. Plusieurs facteurs permettent d'illustrer ce phénomène de lits inoccupés¹² :

- une augmentation stagnante de la population des 80 ans et plus ;
- une entrée plus tardive en MR ;
- une population moins vieillissante qu'en Wallonie et en Flandre.

¹⁰ Femarbel. (2013). La communautarisation des maisons de repos, p.8.

¹¹ Note rectificative au Gouvernement wallon. Note cadre relative à la réforme de l'aide aux aînés. Avant-projet de décret portant modification du Livre V relatif à l'aide aux aînés du Code wallon de l'Action sociale et de la santé Première lecture.

¹² Communiqué de presse, Didier Gosuin. Un moratoire sur la création de lits en maison de repos.

5. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en France

5.1. Les structures d'hébergement

En France, deux types de maisons de retraite coexistent¹³ :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA),
- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces derniers sont médicalisés et adaptés aux personnes âgées ayant besoin de soins médicaux spécifiques¹⁴.

A noter que le taux d'occupation des EHPAD est, en moyenne, égal à 98%¹⁵. Ce taux est à la baisse depuis le début de la crise sanitaire, principalement en raison du gel provisoire des admissions et des règles sanitaires très strictes. Pour ce qui concerne les EHPA, le taux d'occupation moyen est de 90,6%¹⁶.

5.2. Les CPOM

En France, il n'existe pas de programmation à proprement parler. En revanche, l'outil stratégique qui détermine les objectifs et les ressources des établissements d'hébergement pour personnes âgées est le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette contractualisation entre l'État et les opérateurs chargés d'une mission de service public prend deux formes¹⁷ :

- des CPOM sont signés entre le ministère des Affaires sociales et de santé, en tant que ministère de tutelle, et chaque agence régionale de santé (ARS).
- des CPOM sont signés entre l'ARS et les établissements de santé.

⚠ La possibilité de passer un CPOM avec plusieurs établissements sociaux et médico-sociaux ne revêt pas un caractère obligatoire¹⁸

5.2.1. CPOM ministère - ARS

Les CPOM ont été élaborés en 2010 lors de la mise en place des ARS, ils se structurent autour de trois priorités nationales¹⁹ : l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, la promotion de l'égalité devant la santé, le développement d'un système de santé de qualité,

¹³ Institut des comptes nationaux (2018). Analyse des prix. Rapport annuel 2018 de l'institut des comptes nationaux; Partie II. Analyse de l'évolution des prix à la consommation et du fonctionnement du marché de la protection sociale en Belgique : focus sur l'accueil de la petite enfance et les maisons de repos, p.41

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ EHPAD.fr. Taux d'occupation en EHPAD. <https://www.ehpad.fr/investir-dans-une-chambre/taux-occupation-ehpad/>

¹⁶ Statista. Taux d'occupation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) hors EHPAD en France en 2015, selon la catégorie d'établissement. <https://fr.statista.com/statistiques/727947/taux-occupation-ehpa-hors-ehpad-france-categorie-etablissement/>

¹⁷ Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

¹⁸ Ministère des solidarités et de la santé. GUIDE METHODOLOGIQUE DE SIGNATURE D'UN CPOM. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/contrats-pluriannuels-d-objectifs-et-de-moyens-cpom>

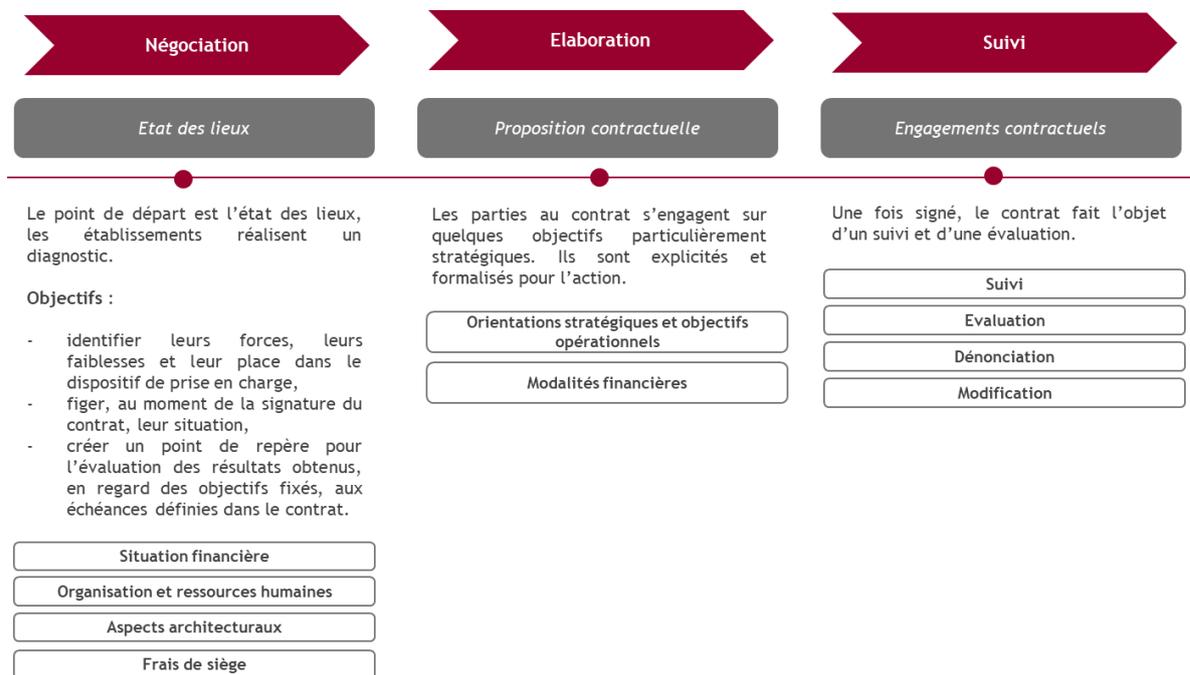
¹⁹ Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

accessible et efficient. Ces dernières se déclinent en objectifs mesurables par des indicateurs communs à toutes les ARS et pour lesquels sont associées des cibles pluriannuelles²⁰.

5.2.2. CPOM ARS - Établissement

Outil de régulation de l'offre de soins et point central dans les relations contractuelles entre l'ARS et les acteurs de santé²¹, les CPOM se basent sur les principes suivants²² : une vision pluriannuelle, sur 5 ans, une procédure de négociation initiée en amont, un suivi périodique, une évaluation finale du contrat.

Les phases de construction d'un CPOM sont les suivantes²³ :



- Au stade de la négociation²⁴

Situation financière : il s'agit d'analyser les moyens financiers dont dispose l'organisme gestionnaire. Sont analysés : « *la situation financière, les moyens matériels, la structure par groupe de dépenses, la dotation en personnel total, les coûts de gestion et le plan pluriannuel d'investissement* »²⁵. Le diagnostic de cette situation financière permettra de définir les engagements réciproques.

²⁰ Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

²¹ ARS Ile-de-France. (2019). CPOM des établissements de santé et autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et EML. GUIDE METHODOLOGIQUE D'ELABORATION ET DE SUIVI DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS EN ILE-DE-FRANCE, p.7.

²² Agence Régionale de Santé. Les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) - secteur médico-social. <https://www.occitanie.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-cpom-secteur-medico-social-0>

²³ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM.

²⁴ Source des informations reprises dans ce volet : Ministère des solidarités et de la santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, pp.4-6.

²⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.5.

À noter qu'en fonction de l'atteinte des objectifs, un mécanisme de réajustement financier peut être prévu.

Organisation et ressources humaines : la réflexion porte ici sur les modalités de fonctionnement de l'établissement au regard des prestations exercées. Il s'agit d'analyser : « *le degré de formalisation du projet de direction et de management, la répartition des responsabilités et la délégation de compétences et de signatures, les méthodes de coopération et de travail en équipe, le repérage des compétences et leur accompagnement à travers notamment de la politique de formation menée par l'établissement, les modalités de communication et de transmission interne de l'information, la place laissée à l'innovation et l'expérimentation, les optimisations réalisées en termes de gestion, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* »²⁶.

Aspects architecturaux : la réflexion renvoi aux conditions matérielles d'accueil et d'hébergement (propreté des locaux, confort, conditions d'accueil).

Frais de siège : la loi permet de prendre en compte dans le budget des établissements une quote-part des dépenses relatives au siège de l'organisme gestionnaire²⁷. Cette possibilité est subordonnée à l'octroi d'une autorisation²⁸.

- Au stade de l'élaboration²⁹

Orientations stratégiques et objectifs opérationnels : les objectifs sont les éléments clés sur lesquels le contrat est articulé. Les orientations stratégiques, quant à elle, peuvent aller au-delà du terme du contrat.

Les thèmes couverts sont notamment³⁰ : « *les transformations que l'organisme gestionnaire s'engage à opérer, les objectifs en matière de qualité et de sécurité de prise en charge, les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines, les éléments financiers tant en fonctionnement qu'en investissement, le calendrier d'exécution et les indicateurs de suivi et de résultats* », etc.

Modalités financières : le CPOM permet de faciliter la tarification de l'organisme gestionnaire par le recours systématique aux modalités pluriannuelles de financement³¹. Celle-ci doit reposer sur une évaluation annuelle de l'état d'avancement des objectifs du CPOM³².

Le CPOM doit préciser (au travers de l'arrêté annuel préfectoral de tarification)³³ : « *le montant de la dotation globalisée commune de fonctionnement, la quote-part de cette dotation*

²⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, pp.5-6.

²⁷ Agence Régionale de Santé Bretagne. (2019). Guide à l'intention des organismes gestionnaires d'ESMS. Autorisation de frais de siège social, p.3.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Source des informations reprises dans ce volet : Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, pp.6-9.

³⁰ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.7.

³¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.8.

³² Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.8.

³³ Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.8.

globalisée commune pour chacun des établissements et services concernés, le douzième de dotation commune à percevoir, un prix de journée doit être calculé de façon simplifiée et précisé dans l'arrêté pris à cet effet (pour les établissements et services qui y sont soumis) ».

- Au stade de l'évaluation³⁴

Suivi : le suivi a pour but premier de s'assurer de la pertinence des objectifs et des actions prévues dans le CPOM pour, le cas échéant, les réajuster.

Évaluation : celle-ci prend la forme d'un contrôle sur pièces et/ou sur place, au moins une fois pendant la durée du contrat.

Dénonciation : en cas de non-respect des engagements, de modification des dispositions législatives et/ou réglementaires qui rendent l'exécution du CPOM impossible, le contrat peut être dénoncé.

Modification : le contrat peut être modifié par avenant avec l'accord des deux parties.

Ces CPOM impliquent une programmation pluriannuelle, par région et formalisée dans un arrêté, qui listent : les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues ainsi que les financements octroyés³⁵.

À travers cet outil de pilotage stratégique, les enjeux à rencontrer sont³⁶ :

- *« la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales (dont celles du projet régional de santé),*
- *la validation des orientations et des projets stratégiques des établissements,*
- *l'amélioration de la performance et de la gestion interne des établissements (dans un souci d'amélioration continue du service rendu aux usagers, de la performance et de l'efficacité de la dépense publique),*
- *la reconnaissance des missions de service public et activités spécifiques hors autorisations,*
- *le support des financements octroyés,*
- *un dialogue de gestion efficace entre les agences régionales et les établissements de santé ».*

³⁴ Source des informations reprises dans ce volet : Ministère des Solidarités et de la Santé. Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Guide Méthodologique de signature d'un CPOM, p.10.

³⁵ Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

³⁶ Agence Régionale de Santé. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>

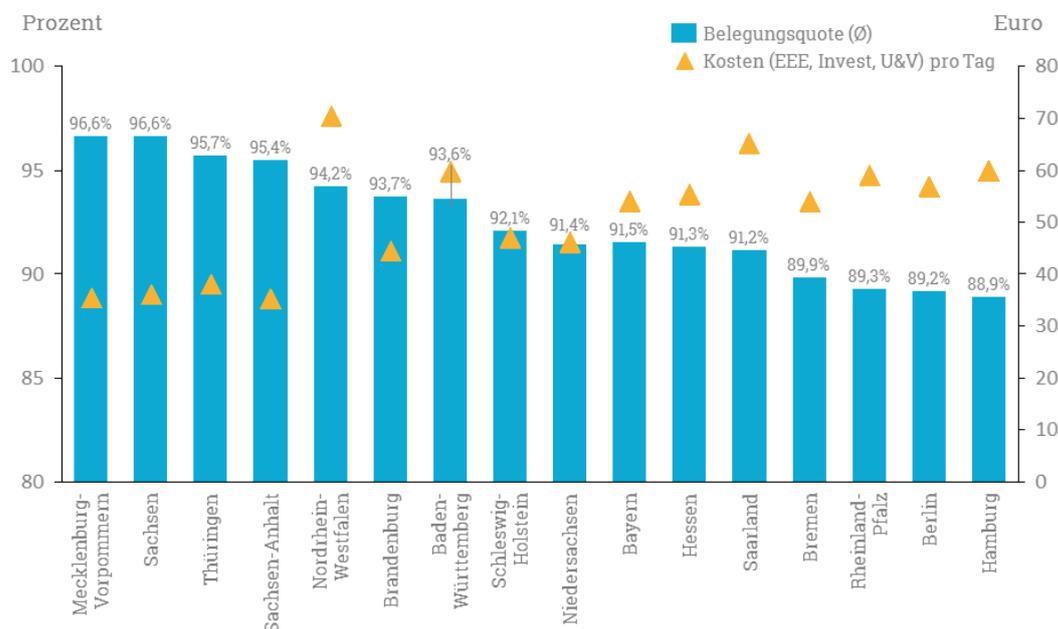
6. La flexibilité de l'offre en Allemagne

En Allemagne, il existe trois types de maisons de repos³⁷ :

- les « Altenwohnheim », spécifiquement dédiées à l'hébergement,
- les « Altenheim », où les besoins de soins sont limités, les profils autonomes sont prédominants,
- les « Altenpflegeheim », où les soins médicalisés sont dominants.

Le taux d'occupation moyen de ces structures est de 92,9%. Des différences sont observées entre les Landers.

Figure 5 : Taux d'occupation des maisons de retraite au sein des Landers (2017)



Source : .Bock³⁸

La plupart des maisons de retraite, en Allemagne, sont fortement médicalisées et destinées à la personne âgée lorsque celle-ci devient très dépendante³⁹. Les personnes autonomes quant à elles sont prises en charge à domicile⁴⁰. En Allemagne, la notion de dépendance est importante. Les « pflegeheim » intègre la prise en charge du vieillissement, d'une maladie chronique grave ou d'un handicap sévère.

L'assurance dépendance a été mise sur pied pour aider les personnes âgées dépendantes. Cette assurance couvre toutes les formes de dépendance, est rattachée à l'assurance maladie et détermine les prestations dont peuvent bénéficier les personnes âgées (en fonction du niveau

³⁷ Institut des comptes nationaux (2018). Analyse des prix. Rapport annuel 2018 de l'institut des comptes nationaux; Partie II. Analyse de l'évolution des prix à la consommation et du fonctionnement du marché de la protection sociale en Belgique : focus sur l'accueil de la petite enfance et les maisons de repos, p.42

³⁸ Meißner, Sébastien. Belegungsmanagement in Pflegeheimen. <https://www.bock.net/news-detail/belegungsmanagement-pflegeheime-2017-3/>

³⁹ Retraite Plus. (2013). Le vieillissement de la population. Un enjeu démographique, social et économique, p.15.

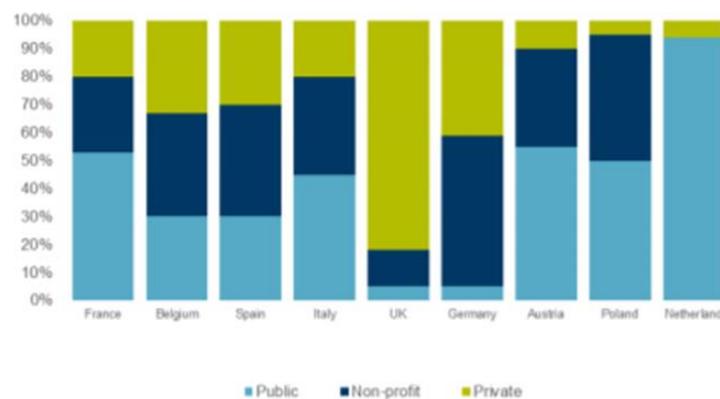
⁴⁰ Institut des comptes nationaux (2018). Analyse des prix. Rapport annuel 2018 de l'institut des comptes nationaux; Partie II. Analyse de l'évolution des prix à la consommation et du fonctionnement du marché de la protection sociale en Belgique : focus sur l'accueil de la petite enfance et les maisons de repos, p.42

de dépendance évalué par un service médical)⁴¹. Les aides octroyées varient entre 450,00 € (niveau de dépendance faible) et 1.550,00 € (pour un niveau de dépendance élevé)⁴².

L'Allemagne connaît un phénomène de délocalisation des personnes âgées dans des maisons de retraite situées au sein des pays limitrophes (Pologne, Slovaquie, République tchèque)⁴³. Ceci principalement en raison du fait qu'un nombre important de personnes âgées ne sont pas en mesure de payer une place au sein d'une maison de retraite⁴⁴.

À noter également que le pourcentage de lits en maisons de retraite gérés par le secteur public est très faible en Allemagne, en comparaison avec des pays comme l'Autriche et la Pologne par exemple. Ce secteur a été fortement désinvesti par le secteur public, les différents opérateurs peuvent développer des structures sans interférence des autorités locales et nationales⁴⁵.

Figure 6 : Nombre de lits de maisons de soins par type d'opérateur (2018)



Source : European Nursing Homes Report⁴⁶.

En Allemagne, le rapport entre le nombre de lits et la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus est important. Il s'élève à 18% et représente le deuxième taux le plus important d'Europe⁴⁷. L'Allemagne dispose d'un nombre conséquent d'établissements et de lits en comparaison aux autres pays européens⁴⁸.

Les Altenpflegeheim ne font pas l'objet d'une programmation spécifique. Les Länder sont responsables de la mise en œuvre d'une offre de prise en charge de la dépendance qui soit efficace, rentable et adaptée aux besoins⁴⁹. Les Länder fixent dès lors par eux même le cadre juridique qui entoure la prise en charge de la dépendance⁵⁰.

⁴¹ Institut des comptes nationaux. (2018). Analyse des prix. Rapport annuel 2018 de l'institut des comptes nationaux; Partie II. Analyse de l'évolution des prix à la consommation et du fonctionnement du marché de la protection sociale en Belgique : focus sur l'accueil de la petite enfance et les maisons de repos, p.42

⁴² Otto Kaufmann. La protection sociale en Allemagne, p.16.

⁴³ Sandra Evrard. (2015). La délocalisation des maisons de retraite, Le Guide social.

<https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/la-delocalisation-des-maisons-de-retraite>

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Cushman & Wakefield France. (2019). European Nursing Homes Report, p.8.

⁴⁶ Cushman & Wakefield France. (2019). European Nursing Homes Report, p.8.

⁴⁷ Cushman & Wakefield France. (2019). European Nursing Homes Report, p.17.

⁴⁸ Cushman & Wakefield France. (2019). European Nursing Homes Report, p.17.

⁴⁹ Centre de compétences trinational, Trisan. (2018). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, en Allemagne et en Suisse, pp. 28-29.

⁵⁰ Centre de compétences trinational, Trisan. (2018). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, en Allemagne et en Suisse, pp. 28-29.

Les Länder sont également chargés de mettre en place un plan hospitalier qui détermine le nombre d'établissements médicaux et le nombre de lits nécessaires au sein de ces structures⁵¹. Le nombre de lits nécessaires pour répondre aux besoins de la population est déterminé sur base de quatre critères⁵² :

- le nombre d'habitants,
- la fréquence hospitalière c'est-à-dire nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants,
- la durée moyenne de séjour,
- le taux d'utilisation souhaité des lits.

⁵¹ Bundeszentrale für politische Bildung. Krankenhausplanung und -finanzierung.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung>

⁵² Bundeszentrale für politische Bildung. Krankenhausplanung und -finanzierung.
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung>

7. La programmation aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, les *Verpleeg & Verzorghuizen* accueillent les personnes âgées dépendantes et conventionnées par l'assurance sociale dépendance (Wlz). Cette assurance, mise en place dès 1968 pour assurer une qualité de soins relativement élevée, a été recentrée sur l'accompagnement en institution en 2015⁵³. Ces maisons de retraite sont exclusivement issues du secteur privé non lucratif et ont pour vocation l'accueil des résidents âgés de manière permanente⁵⁴. Depuis 2014, ces structures peuvent exclusivement prendre en charge des personnes avec des niveaux de dépendance modérée à lourd. Les personnes âgées qui souhaitent résider dans une infrastructure de ce type doivent disposer d'un document spécifique attestant leur état de santé⁵⁵. D'autres structures existantes accueillent quant à elles des personnes handicapées, souffrantes de maladies psychiatriques ou celles ayant besoin de soins immédiats⁵⁶.

Ces dernières années, la part des soins de longues durées en institution de soins a diminué ceci conformément à la politique nationale visant à encourager et à permettre aux personnes âgées de vivre chez elle le plus longtemps possible⁵⁷. En encourageant les soins à domicile, les Pays-Bas visent également la réduction des dépenses en institution de soins⁵⁸.

Aux Pays-Bas, 22% des 65 ans et plus sont considérés comme vulnérables, rencontrant des problèmes de santé. Cela représente 730.000 personnes âgées⁵⁹. Parmi celles-ci, 75% vivent à domicile tandis que 25% résident au sein d'une institution de soins⁶⁰.

Les institutions de soins peuvent bénéficier de subventions dans le respect de certaines conditions. Une de ces conditions consiste à être conforme au plan de capacité, qui peut faire l'objet d'une négociation entre les différentes entités. Cette capacité est estimée, en 2017, à 165.000 lits⁶¹. Cette projection a été définie sur base des données sociodémographiques recensées par l'organisme statistique des Pays-Bas qui ont été agrégés par commune, par sexe et par catégorie d'âge⁶² des résidents. Ces résultats ont été divisés par le nombre total de personnes au sein de chaque catégorie de la population « totale ». Enfin, ces chiffres ont été multipliés par les prévisions de l'évolution démographique⁶³. Dans les faits, la capacité totale d'accueil a été recensée à 119.000 lits en 2017⁶⁴.

Le récent rapport portant sur l'estimation du besoin et de la capacité requise en soins au sein des maisons de retraite estime que le nombre de personnes nécessitant des soins en maison de

⁵³ Marianne Tenand, Arjen Hussem, Pieter Bakx. (2020). Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas, p.6.

⁵⁴ *Ibid.*, p.8.

⁵⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.

⁵⁶ *Ibidem.*

⁵⁷ Vektis (2021). Factsheet Zorg in gemeenten. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-zorg-in-gemeenten>

⁵⁸ Vektis (2021). Factsheet Zorg in gemeenten. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-zorg-in-gemeenten>

⁵⁹ Vektis (2020). Factsheet kwetsbare ouderen. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>

⁶⁰ Vektis (2020). Factsheet kwetsbare ouderen. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>

⁶¹ TNO-Rapport (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, p.14..

⁶² TNO-Rapport (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, p.1

⁶³ TNO-Rapport (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, p.18.

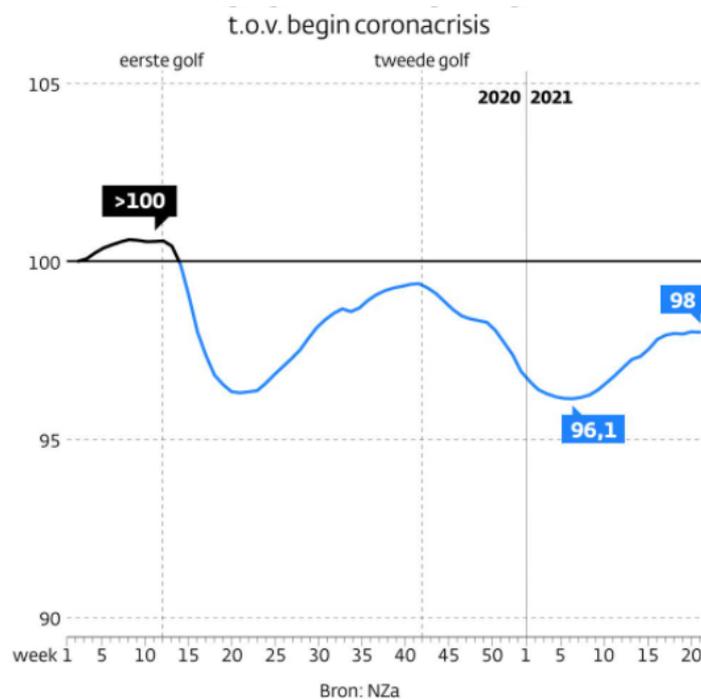
⁶⁴ TNO-Rapport (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, p.14.

repos pourrait doubler d'ici 2040. Il estime nécessaire de créer 123.000 places supplémentaires, d'ici 2040, pour répondre à la demande supplémentaire⁶⁵.

Une spécificité est à souligner concernant les frais à charge des résidents. Ces derniers ne sont pas uniquement déterminés sur base du profil de dépendance de la personne âgée, mais prennent en compte sa situation financière⁶⁶.

En termes de taux d'occupation, les maisons de repos aux Pays-Bas enregistrent, en moyenne, un taux de 98%⁶⁷. Ce dernier a également diminué durant la crise sanitaire.

Figure 7 : Taux d'occupation des maisons de repos aux Pays-Bas



Source : Nos.nl⁶⁸.

⁶⁵ TNO-Rapport (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg, p.45.

⁶⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.

⁶⁷ Heeringa Daniël (2021). Bedden in verpleeghuizen blijven leeg 'door angst voor corona.
<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2387093-bedden-in-verpleeghuizen-blijven-leeg-door-angst-voor-corona>

⁶⁸ Heeringa Daniël (2021). Bedden in verpleeghuizen blijven leeg 'door angst voor corona.
<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2387093-bedden-in-verpleeghuizen-blijven-leeg-door-angst-voor-corona>

8. Conclusion

<p><i>Belgique</i></p> 	<p><i>France</i></p> 	<p><i>Allemagne</i></p> 	<p><i>Pays-Bas</i></p> 
<ul style="list-style-type: none"> • Cadre restrictif, peu négocié avec les acteurs sectoriels, • Pas de révision du cadre systématique et régulière, • Programmation sectorielle en Wallonie, • Programmation par arrondissement/ quartier/ commune. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de cadre restrictif en tant que tel, • Mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, • Procédure négociée, dialogue et co-construction avec les acteurs du secteur, • Définition d'une stratégie commune, • Processus de suivi et d'évaluation, programmation quinquennale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de programmation, pas de cadre normatif • Offre non réglementée • Privatisation du secteur, impliquant un coût élevé pour la personne âgée et un phénomène de délocalisation • Complexité institutionnelle, chaque Lander est responsable de la mise en œuvre de cette politique sur son territoire • Structures lourdement médicalisées. • Participation financière du « publique » limitée à un forfait selon une évaluation de la dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un cadre normatif, en adéquation avec les données et évolutions démographiques, • Automatisation de la discussion, de la négociation autour du cadre fixé, • Stratégie importante de soutien aux soins à domicile, • Notion de la dépendance clairement balisée, • Frais à charge du résident déterminé sur base de son degré de dépendance, mais également de ses revenus. • Accès aux services selon la dépendance évaluée



PARTIE IV : BENCHMARKING DES ALTERNATIVES A LA MR/MRS

TABLE DES MATIERES

Introduction	97
Fiche 1 - L'habitat groupé	98
Fiche 2 - Les résidences services	102
Fiche 3 - Innovation organisationnelle	106
Conclusion	110

INTRODUCTION

Comme nous avons pu l'observer dans l'analyse PESTEL, les alternatives à la maison de repos sont nombreuses et variées en Belgique.

Dans cette section, nous analysons plus en détail ces alternatives au travers de quatre fiches :

- une première est dédiée à l'habitat groupé au sens large (regroupant dans cette première fiche l'habitat groupé, l'habitat solidaire, participatif et kangourou),
- une seconde porte sur les résidences services. Un focus particulier est réalisé sur les résidences services sociales,
- une troisième s'intéresse aux « innovations » et se partage entre une fiche dédiée aux projets Tubbe et une autre dédiée aux offres multiples.

Pour chaque alternative, nous nous intéressons : à sa définition, à son public cible et à ses avantages et inconvénients.

Pour les fiches dédiées à l'habitat groupé et aux résidences services, nous analysons la manière dont ces alternatives se sont implémentées en Wallonie, en Flandre et à Bruxelles. Nous étudions également quelques projets inspirants.

Pour la fiche qui porte sur les formes innovantes, l'analyse est quelque peu différente et porte uniquement sur des projets inspirants.

Chaque fiche est accompagnée de six icônes qui constituent la clé de lecture commune aux différentes alternatives.

Légende :



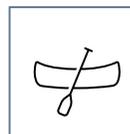
Soutien médical disponible au sein de la structure



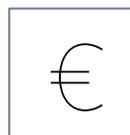
Projet solidaire qui fédère les habitants



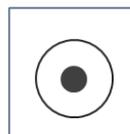
Projet intergénérationnel



Autonomie de la personne âgée



Coût de la structure à charge de la personne âgée (en comparaison au coût d'une MR)
(icône variable : € = coût plus faible, €€ = coût plus élevé)



- Système en autogestion
- Système géré par un tiers acteur
- Système en gestion partagée (résidents - personnel)

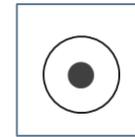
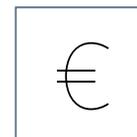
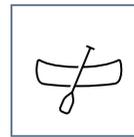
 = Existant

 = Partiel

 = Non existant

L'habitat groupé

(habitat groupé, habitat solidaire, participatif et kangourou)



Définition : Un cadre de vie destiné à des personnes âgées, alliant vie collective et privative, autogérée par ses habitants à des degrés divers, abritant en moyenne de 5 à 15 personnes, émanant d'une personne ou d'un groupe de personnes physique(s) ou morale(s), sans cadrage légal spécifiquement prévu et sans but de lucre.

Source : Fondation Roi Baudouin

Public cible : des personnes isolées qui recherchent un habitat plus collectif, des personnes ayant des difficultés financières.

Avantages :

- Rompre la solitude et l'isolement,
- Sentiment de sécurité, pouvoir compter sur quelqu'un,
- Équilibre entre sécurité et liberté / autonomie,
- Vie en communauté, vie sociale active,
- Procédure/ critères de sélection qui permettent de s'assurer que les habitants soient adaptés au projet,
- Autogestion, les habitants gèrent eux-mêmes leur logement (rôle d'acteur),
- Structure de petite taille, conviviale.

Inconvénients :

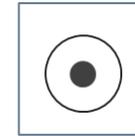
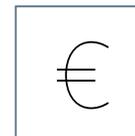
- Manque de visibilité, peu connue du grand public,
- Nécessite une autonomie physique et psychologique,
- Procédure de sélection stricte,
- Pas d'agrément et peu de financement pour la structure,
- Le statut de cohabitant qui peut avoir un impact sur le statut de personne isolée et ses avantages sociaux,
- Le dédommagement financier, pour le ménage accueillant, est considéré comme un revenu taxable,
- Questions d'urbanisme et de division du logement dans certains quartiers.

Implémentation

Bien que nous pouvons observer une véritable efflorescence des formules alternatives d'habitat, l'analyse approfondie des dynamiques de construction et de développement de ces alternatives nous permet de mettre en avant certaines des difficultés, communes aux trois régions, qui complexifient la mise en œuvre de ces projets :

- le statut isolé de la personne âgée. Le risque, derrière la mise en place de ce type de logement, est que la personne âgée bénéficiant d'allocations sociales pourrait se voir appliquer le taux de cohabitant en lieu et place du taux isolé. Ceci a un impact indéniable sur les revenus de la personne,
- l'acquisition/ la mise à disposition d'un lieu adapté pour accueillir ce type de projet, ces derniers sont fortement prisés par les promoteurs privés,
- les habitats groupés ne reçoivent pas d'agrément spécifique, porteur de garanties du respect de la sécurité et du bien-être des personnes. En revanche, une série de législation s'applique à ce type de projet, principalement lié à l'aspect logement,
- diverses formes juridiques co-existent, ayant des implications diverses pour les résidents (*nous étudions ces différentes formes à la page suivante*),
- ces projets ne représentent pas forcément et systématiquement un gain financier pour les résidents,
- des demandes de permis qui engendrent des discussions autour de l'adaptabilité du bâti.

La pérennité du groupe et du projet, la conciliation des intérêts multiples, les questions de financements, sont également des difficultés à souligner. Toutes ces difficultés ont un impact indéniable sur l'offre proposée, encore insuffisante au regard de la demande croissante. À noter tout de même que des évolutions ont été observées ces dernières années, l'habitat solidaire investit graduellement le champ du droit. (Source : Nicolas Bernard, Lemaire V.)



Implémentation

Formule 1 : La copropriété

Principe : le bâtiment est à la propriété des résidents de l'habitat groupé. Les habitants sont dès lors propriétaires de leurs parties privées et copropriétaires des parties communes.

Points d'attention :

- cette formule nécessite des moyens financiers pour acheter le bâtiment,
- l'entente entre les résidents est essentielle au bon fonctionnement du projet, nécessitant également de clarifier les droits et obligations de chaque partie. Toutes les règles doivent être régies par un règlement d'ordre intérieur,
- les dynamiques de ventes et de successions sont rendues complexes par ce montage juridique. De plus, le projet commun peut être mis à mal avec le départ d'un propriétaire,
- cette forme juridique permet aux acquéreurs de bénéficier, indépendamment, des réductions d'impôts auquel il a droit,
- les banques sont moins réticentes à octroyer des moyens financiers pour développer ce type de structure.

(Sources :

- Fondation Roi Baudouin. *Où vivre mieux.*
- TDM asbl. *Les formes juridiques d'habitat groupé.*)

Formule 2 : La coopérative

Principe : les habitants ont accès à un logement contre le paiement d'un loyer. Chaque habitant est membre de la coopérative qui elle-même est propriétaire du bâtiment.

Cette structure est spécialement adaptée pour les porteurs d'une activité lucrative.

Points d'attention :

- les entrées et sorties des coopérateurs sont simples, la transmission des parts est rendue possible sans devoir passer devant un notaire.
- le projet est ancré dans une dynamique durable et pérenne,
- forme accessible à un large public, principalement aux personnes ne pouvant pas emprunter individuellement,
- mise en œuvre d'une gouvernance démocratique, où une personne = une voix.,
- partage de valeurs et d'un projet commun.

(Sources :

- A. Gicquel et T. Delisle. *Les clés de l'habitat participatif.*
- TDM asbl. *Les formes juridiques d'habitat groupé.*)

Formule 3 : L'asbl

Principe : l'asbl est propriétaire de l'immeuble, elle encadre le projet et loue les chambres aux habitants, qui deviennent locataires.

Points d'attention :

- nécessite que l'asbl assume tous les frais liés à la gestion de l'immeuble,
- la création de l'asbl est un processus simple et peu coûteux, dont la forme juridique est contrôlée par la loi,
- permet une stabilité du projet (le propriétaire ne change pas),
- mise en œuvre d'une gouvernance démocratique au travers de l'assemblée générale.

(Sources :

- TDM asbl. *Les formes juridiques d'habitat groupé.*
- *Habitat groupé-solidaire. ASBL, Coopérative, fondation, copropriété : les formes juridiques.*)

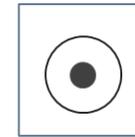
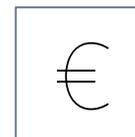
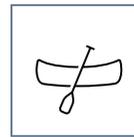
Formule 4 : La fondation

Principe : Créé pour servir un but désintéressé comme, par exemple, le bien-être des personnes vulnérables. La fondation peut être propriétaire du bâti.

Points d'attention :

- dans cette formule, les apports bénéficient d'une taxation réduite,
- facilité de transmission du patrimoine en cas de succession
- permet une stabilité du projet sur le long terme,

(Source : TDM asbl. *Les formes juridiques d'habitat groupé.*)



Implémentation

Wallonie



La Région wallonne encourage l'accueil de personnes âgées au travers de deux dispositifs intéressants à investiguer :

- la mise à disposition de prêts hypothécaires à taux réduits pour financer les travaux d'aménagement destinés à l'accueil d'un parent âgé de 60 ans, le « prêt intergénérationnel ». Le Fonds du Logement propose ainsi une solution permettant de « tenir compte des nouveaux modes de vie, en lien avec les difficultés économiques des ménages et l'insuffisance de logements décents abordables en Wallonie ». Pour disposer du crédit, la personne âgée accueillie doit avoir au moins 60 ans et avoir un lien de parenté jusqu'au 3^{ème} degré avec le demandeur du crédit. (source : *Les Echos du Logement*).

La formule proposée par le Fonds du Logement a été sollicitée par plusieurs ménages en Wallonie. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Société Wallonne du Crédit Social offre une proposition semblable.

- l'accueil de jour et de nuit de personnes âgées, au domicile des particuliers. Ce dispositif a fait l'objet d'une phase expérimentale en Wallonie entre 2009 et 2014. Ce projet vise à encourager les propriétaires de grands logements, avec un nombre de chambres non utilisées, à aménager leur logement pour y accueillir des personnes âgées, dans un cadre familial. Les accueillants sont dédommagés financièrement.

Le projet d'accueil de jour et de nuit n'a pas rencontré le succès espéré, plusieurs difficultés ont été soulignées :

- difficulté de faire rencontrer l'offre et la demande,
- résistances culturelles et perception des risques à s'engager dans ce type de coopération,
- freins fiscaux et juridiques.

(Source : Fondation Roi Baudouin, où mieux vivre ?)

Bruxelles



Différentes formes d'habitat groupé se développent à Bruxelles. En revanche, il est constaté que certains freins inhérents à la réalité du territoire bruxellois ralentissent le développement de ces alternatives, notons notamment :

- la difficulté de trouver un terrain constructible ou un bâtiment adapté. La concurrence avec les promoteurs immobiliers est rude dans une région où le foncier disponible manque ;
- les différents règlements urbanistiques qui peuvent changer d'une commune bruxelloise à une autre et ont un impact sur les montants à investir pour développer un tel projet ;
- les permis d'urbanisme permettant la division d'un logement unifamilial en logement à appartement distinct sont difficilement délivrés.

A Bruxelles, le Code du logement pose un cadre juridique selon lequel il est possible d'accorder des subsides à une AIS qui s'occupe de la gestion du bien pour la personne âgée. Les rénovations, nécessaires pour adapter un logement, coûtent cher et, à l'heure actuelle, cette prime ne peut être accordée que si le propriétaire confie son bien à une AIS. Ce mode de fonctionnement freine le développement de ce type de logement pour deux raisons :

- les propriétaires veulent garder le pouvoir de gestion de leur bien,
- les agences immobilières craignent la prise de gestion de ces bâtiments où les propriétaires disposent toujours de leur résidence, car ces derniers pourraient interférer dans la conduite du rapport locatif.

(Source : Nicolas Bernard, Lemaire V.)

Flandre



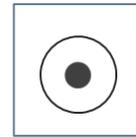
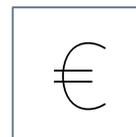
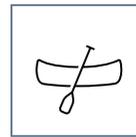
En Flandre, le concept de « zorgwonen » permet une souplesse urbanistique en vue de favoriser les modes d'habitat solidaire. En effet, en Flandre, il n'est pas possible de diviser une maison en deux unités résidentielles sans permis. Cela peut être réalisé plus facilement si le logement est étiqueté comme « logement de soins ». Pour ce faire, il faut respecter les conditions suivantes :

- une unité d'habitation subordonnée doit être créée dans une maison existante, cette unité doit faire physiquement partie de la maison existante ;
- l'unité d'habitation subordonnée représente au maximum un tiers du volume de la totalité de la maison existante ;
- la résidence principale et la résidence secondaire doivent disposer du même propriétaire ;
- l'unité subordonnée peut être occupée par : (1)(maximum) deux individus de 65 ans ou plus, (2) (maximum) deux personnes, dont au moins une nécessite des soins, (3) le prestataire de soins si les personnes dépendantes restent logées dans la résidence principale.

Ce concept de zorgwonen est une notion juridiquement ancrée dans les règlements d'urbanisme. En termes d'avantages fiscaux, le ménage est considéré comme une seule famille, cela n'a donc aucun effet négatif sur les prestations sociales. De plus, il constitue une dérogation à l'obligation de permis.

(Source : Notaris. Zorgwonen)
(Source : Vlanderen. Zorgwonen)

L'habitat groupé
(habitat groupé, habitat solidaire, participatif et kangourou)



Intitulé : Foyer Dar al Amal
Type : habitat kangourou
Région : Bruxelles, Commune de Molenbeek
Année : 1979
Nombre de logements : 2 maisons

Initialement dédié à l'émancipation de femme d'origine immigrée, le Foyer est Dar al Amal a développé son activité sur le territoire Molenbeekois suite à l'élaboration d'un double constat. D'une part, de nombreuses familles immigrées doivent faire face à des problèmes de logement et, d'autre part, certaines personnes âgées, d'origine belge, se sentent isolées et en insécurité suite à l'arrivée importante d'étrangers au sein du quartier.

Sur base de ces observations, le Foyer a proposé « d'offrir un habitat adapté pour accueillir en colocation une famille d'origine immigrée aux étages et une personne âgée ou un couple de personnes âgées au rez-de-chaussée ».

Avantages :

- Rencontre intergénérationnelle,
- Rencontre interculturelle,
- Logement adapté et loyer modéré,
- Sécurité pour la personne âgée,
- Mise à disposition des activités plus larges du Foyer (service social, atelier de quartier, centre de formation, etc.)

Inconvénients :

- Projet à très petite échelle, deux logements actuels,
- Autonomie de la personne âgée afin de ne pas trop peser sur la famille,
- Difficulté de trouver des logements adaptés à la personne âgée et à la composition familiale.

Source : Pascale Thys, *Habitat et participation*.

Intitulé : Jardin du Béguinage
Type : habitat solidaire
Région : Bruxelles, Etterbeek
Année : 1998
Nombre de logements : 32 maisonnettes

Constitué de 32 maisonnettes, le jardin du Béguinage permet aux personnes âgées à faibles revenus de vivre en solidarité. Ces logements, gérés par trois asbl, permettent d'accueillir :

- des personnes fragilisées (mères isolées avec enfants, des personnes dépressives, des personnes avec des handicaps légers),
- des personnes âgées,
- des personnes atteintes de maladies graves et évolutives.

L'objectif étant de tisser des liens entre ces différentes populations. Le projet s'articule autour de trois axes principaux :

- l'organisation de logements à caractère social permet aux personnes âgées de faibles revenus de disposer d'un logement adapté,
- la mise en application de modes de vie inspirés par l'Évangile,
- la participation à des activités communes.

Avantages :

- Nombre de logements réduits,
- Vocation sociale, projet où l'entraide et la solidarité sont importants,
- Tarifs modérés pour permettre aux personnes âgées avec un faible revenu de vivre dans un logement adapté.

Inconvénient : le projet vise un public spécifique, plutôt chrétien.

Source : *Habitat Groupé Solidaire - Le Jardin du Béguinage*.

Intitulé : Cohousing Bijgaardehof
Type : habitat groupé (cohousing)
Région : Flandre, Gand
Année : 2022
Nombre de logements : 61 logements

Ce projet intégrateur, en cours d'élaboration à Sint-Amandsberg, entend allier écologie, durabilité, vie sociale, inclusion, intégration et équilibre entre le communautaire et le privé.

Le projet accueille 59 familles réparties en trois groupes de cohabitation au sein de trois bâtiments distincts :

- Wijgaard, composé de 25 appartements et de 2 studios à destination de personnes de 20 à 60 ans,
- BioTope, composé de 19 logements avec un mix de générations,
- De Spore, composé de 15 appartements où cohabite des jeunes familles avec enfants et des personnes âgées.

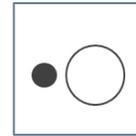
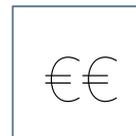
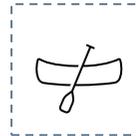
À côté de ces logements distincts, les résidents partagent des espaces communs :

- Wijgaard et De Spore partage une maison commune avec une salle à manger, une cuisine, une buanderie, une chambre d'amis, un coworking, un studio, un coin salon, une salle de jeux et enfin, une terrasse sur le toit,
- BioTop dispose d'un jardin sur le toit, d'un abri vélo, d'un studio et d'un espace calme.

Les objectifs de la cohabitation sont les suivants :

- offrir à plus de personnes une qualité de vie dans un espace moindre,
- combiner vie privée et vie communautaire avec des espaces privés et partagés,
- le partage de valeurs fondamentales communes,
- un large degré de participation.

Source : Gemeengoed. *Cohousing Bijgaardehof*. Gemeengoed. *Wat is cohousing?*



Définition : La résidence service accueille des personnes âgées valides. Elle comprend des logements particuliers destinés ou offerts à la location, à la vente ou à toute autre forme d'usage ou d'occupation, même à titre gratuit, permettant aux personnes âgées une vie indépendante, avec des équipements communs de services auxquels elles peuvent faire librement appel. Un membre du personnel est toujours présent dans l'établissement de jour comme de nuit, afin de pouvoir répondre sans délai à tout appel d'une personne âgée.

Source : Iriscare.

Public cible : Les personnes âgées de 65 ans et plus qui requiert une assistance spécifique (légère dépendance).

Avantages :

- Autonomie de la personne âgée dans un cadre collectif
- Proximité de la maison de repos et possibilité de bénéficier de certains services
- Cadre sécurisant et présence permanente de personnel

Inconvénients :

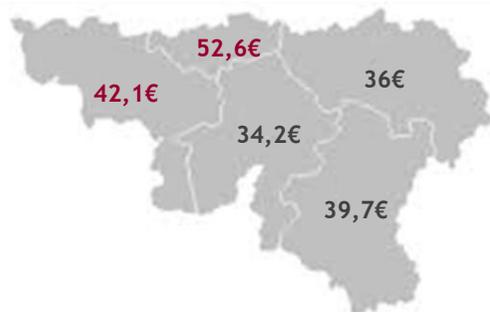
- Coût financier, inaccessibilité pour certaines personnes
- Manque de lien social entre les résidents
- Manque d'encadrement social
- Implique une certaine autonomie de la part du résident
- Une étape considérée comme supplémentaire au parcours des personnes âgées

Implémentation

Wallonie



Volet financier : En Wallonie, le prix journalier moyen d'une résidence service (de 55 m²) est de 44,5 €. Des différentes sont observées en fonction des provinces :



Source : ING. Le marché des résidences services.

Toutes les résidences services doivent disposer d'un règlement intérieur au sein duquel le prix locatif mensuel est mentionné.

Bruxelles



Volet financier : À Bruxelles, le prix journalier moyen d'une résidence service (de 55m²) est de 36,2 €. Le prix mensuel d'hébergement est inscrit dans la convention qui lie l'établissement et le résident. Ce prix couvre notamment :

- l'occupation du logement,
- l'usage et l'entretien des parties communes,
- l'usager du mobilier,
- les charges liées à l'utilisation du logement (évacuation des déchets, chauffage, etc.),
- les charges liées à l'organisation de la permanence.

Un membre du personnel doit être présent dans l'immeuble afin de répondre aux besoins des personnes âgées.

Flandre



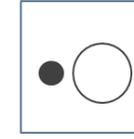
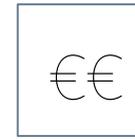
Volet financier : En Flandre, le prix journalier moyen d'une résidence service (de 55 m²) est de 29,7 €.



Source : ING. Le marché des résidences services.

La redevance à charge du résident prend la forme d'un prix par jour. Ce prix permet de couvrir :

- l'assistance du personnel de la résidence,
- l'utilisation d'appel d'urgence,
- l'utilisation et l'entretien des espaces communs,
- la garantie de la gestion des crises et de l'aide de transition.



Implémentation

Wallonie



Ce prix comprend : l'hébergement, l'utilisation et l'entretien des infrastructures, les charges, les systèmes de surveillance, les frais administratifs, d'organisation et de permanence, les assurances ainsi que les impôts et taxes liées aux bâtiments.

En Wallonie, il existe un subside pour soutenir l'investissement dans les établissements d'accueil des personnes âgées. Ce subside permet, aux gestionnaires d'une résidence services, de disposer de moyens pour :

- entreprendre des travaux de construction, d'extension, de transformation ou de reconditionnement de leur établissement,
- acheter des équipements, appareillages ou mobilier.

Ce subside peut être offert aux gestionnaires actifs dans le secteur public ou associatif.

Pour ce faire, le gestionnaire de l'établissement doit soumettre un avant projet, un projet ainsi qu'un dossier relatif au compte final.

Volet juridique : La Région wallonne définit les résidences services comme : « un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel, géré par une personne physique ou morale, qui, à titre onéreux, offre à ses résidents des logements leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquels ils peuvent faire librement appel. »

En Wallonie, contrairement à la Région flamande, tous les groupes de résidences services doivent faire l'objet d'une autorisation, d'une reconnaissance.

Les résidents doivent être âgés d'au moins 60 ans. Des dérogations sont envisageables, avec l'accord du Gouvernement wallon.

Bruxelles

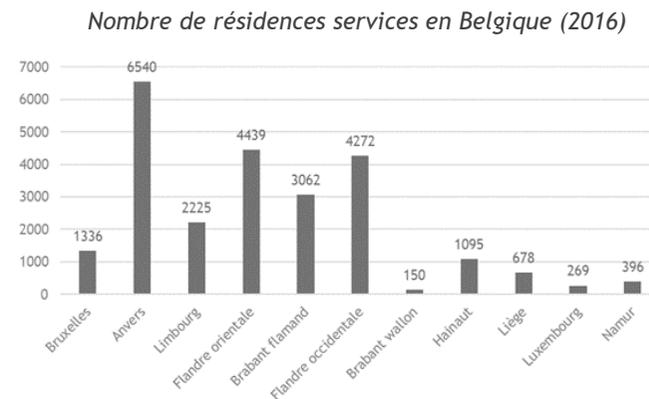


Contrairement à ce qui peut être observé en Wallonie et en Flandre, où le nombre de résidences-services n'est pas soumis à un quota, nous observons que l'offre de résidences services à Bruxelles est moindre et n'est pas répartie de manière uniforme sur l'ensemble du territoire bruxellois.

En effet, nous identifions une concentration plus marquée dans les communes du sud-est, à savoir celles affichant un statut socioéconomique supérieur au reste de la Région. Il existe en outre une concentration, mais moins marquée, dans les communes caractérisées par une structure démographique plus âgée comme Ganshoren, Jette et Berchem-Sainte-Agathe.

À noter tout de même que l'absence de quota, en Flandre et en Wallonie, a engendré une forte progression du nombre de résidences service avec, pour corollaire, un vide locatif important dans certaines régions.

À ce jour, sont recensées approximativement en 2020 1.147 places au sein des résidences services en région bruxelloise pour la COCOM.



Source : ING. Le marché des résidences services.

Flandre



Le prix journalier d'une résidence service est soumis à la réglementation. À noter que l'augmentation des prix supérieure à l'indexation n'est possible que dans certains cas très spécifiques.

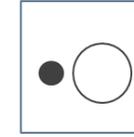
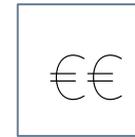
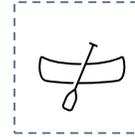
Certaines personnes peuvent disposer d'une allocation spécifique, intitulée « Assistentiewoningen ». Celle-ci dépend de la situation personnelle de la personne, de ses ressources financières ainsi que de la ville où se situe le logement concerné. Pour exemple, la ville de Gand et la commune de Schoten ont mis en place un système de prime pour les résidences services (dont les conditions varient en fonction de la ville concernée).

En Flandre, un groupe de résidences services reconnu peut bénéficier d'avantages fiscaux si ce dernier respecte les conditions de la réglementation fiscale. Plus spécifiquement elle peut bénéficier : d'exonération de la TVA pour les services et livraisons de biens, d'une réduction du taux TVA pour les opérations liées aux travaux d'infrastructures ou encore d'une exonération de la taxe foncière. (Source : Agentschap Zorg & Gezondheid).

A noter que, en Flandre, les groupes de résidences services ne bénéficient pas d'une subvention annuelle. En revanche, des subventions sont octroyées au cas par cas en fonction des projets concernés. Par exemple, en 2019, le projet de résidences services Prinsenhof a bénéficié de 54.000,00€ pour réaliser une extension supplémentaire (Source: Rijksoverheid).

Volet juridique : Un groupe de résidence service est défini comme tel : « une structure comprenant un ou plusieurs bâtiments formant un ensemble fonctionnel où les usagers de 65 ans et plus qui y résident de façon autonome dans des unités de logement individuelles et adaptées trouvent un logement et où ils peuvent faire appel aux soins, quelle que soit la dénomination donnée à ces services ».

Quatre missions sont assignées aux résidences services : (1) mettre à disposition un logement adapté (2) organiser des soins aux personnes âgées (3) constituer un réseau social et proposer des divertissements créatifs (4) intervenir dans les situations d'urgences.



Implémentation

Wallonie

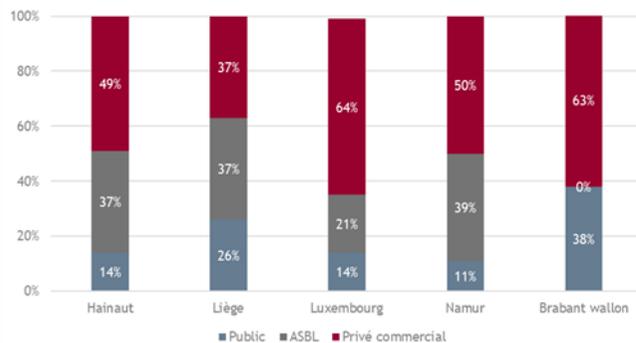


Volet organisationnel : Les résidences services ne rentrent pas dans le cadre de la programmation wallonne. En revanche, il est acté qu'une résidence service doit compter au minimum cinq et au maximum cent cinquante logements avec deux sites ou deux bâtiments au-delà de 120 logements.

De plus, les résidences services doivent être conventionnées avec une MR ou une MRS localisée à moins de 10 kilomètres par voie routière, si elles ne sont pas situées sur le site même d'une MR/MRS. Ainsi, les MR/MRS prennent prioritairement les résidents de la résidence service voisine.

En termes de répartition de marché, en Wallonie, le secteur privé occupe une part importante du marché (53%), alors que le secteur public représente une part de 21% et le secteur associatif 27%.

Répartition du nombre d'institutions par pouvoir organisateur par province wallonne (en %, 2017)



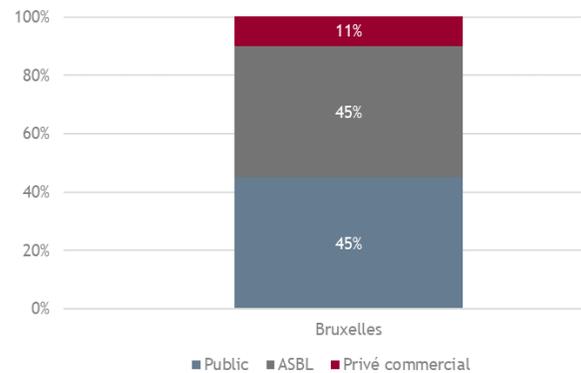
Source : ING. Le marché des résidences services, page 23.

Bruxelles



En termes de répartition de marché, à Bruxelles, le secteur des résidences services se partage principalement entre le secteur public (45%) et le secteur associatif (45%), le secteur privé commercial occupe une petite part du marché (11%).

Répartition du nombre d'institutions par pouvoir organisateur en Région bruxelloise (en %, 2017)



Source : ING. Le marché des résidences services.

Flandre



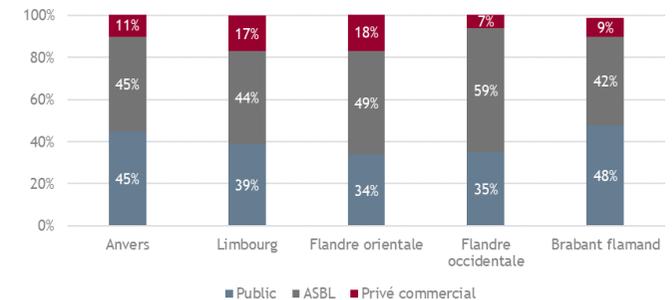
Volet organisationnel : La création de résidences services n'est plus régie par la programmation. En d'autres termes, toute personne est libre de créer une résidence service dans la région de son choix.

L'agrément des résidences services est non obligatoire et est davantage considéré comme gage de qualité. En Flandre existe le concept de « résidence service enregistrée ». En effet, toutes les résidences services doivent faire l'objet d'un enregistrement. Ceci dans l'objectif de vérifier que les soins prodigués soient conformes aux droits fondamentaux des résidents (intégrité physique, morale et psychique). Les résidences services enregistrées ne doivent pas répondre aux exigences prévues dans l'agrément.

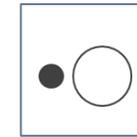
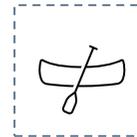
En Flandre, 86.8% des résidences sont agréées, 13,2% sont enregistrées. L'augmentation, au cours de ces dernières années, du nombre de résidences services enregistrées s'explique notamment par : (1) une organisation des soins et de l'offre de services différentes (système d'appel et encadrement), (2) une infrastructure différente (ex. : absence d'un espace de réunion).

En termes de répartition de marché, en Flandre, c'est le secteur associatif qui est fortement représenté avec 48% des résidences services. Le secteur privé commercial, quant à lui, représente seulement 12% du marché. Enfin, le public occupe la place intermédiaire avec 40% du marché.

Répartition du nombre d'institutions par pouvoir organisateur par province flamande (en %, 2017)



Source : ING. Le marché des résidences services, page 23.



Pour lutter contre le coût élevé des résidences services, des initiatives de résidences services sociales ont vu le jour. Nous analysons ci-dessous deux exemples.

Intitulé : Entour'âge
Type : Résidence service social
Région : Wallonie, Namur
Année : 2014
Nombre de logements : 40 lits

La première résidence-service en Wallonie a ouvert ses portes en octobre 2014 avec un objectif précis : permettre aux personnes âgées à petits revenus d'y résider. Le projet namurois, qui répond à toutes les caractéristiques d'une résidence services classique, est issu d'une collaboration entre le CPAS et le Foyer jambois.

Les prix d'hébergement de la plupart des résidences services du territoire wallon sont peu abordables pour des personnes se trouvant en situation modeste ou précaire. À l'entour'âge, le loyer varie entre 400 et 800 euros, contre le loyer d'un logement en résidence services classique de 700 à 1.000 euros.

La résidence services a été implantée à quelques pas de la maison de repos « les Chardonnerets », ceci dans l'objectif de permettre aux personnes âgées de participer aux activités culturelles de la MR.

Les personnes âgées issues des sociétés de logement social namuroises disposent d'un accès prioritaire à la résidence. L'idée étant également de libérer des logements sociaux au profit des familles.

Source : La Libre.be.

Intitulé : Zorgsite Molenhoeve
Type : Résidence service social
Région : Flandre, Merelbeke
Année : 2012
Nombre de logements : 20 logements

Ce projet regroupe un ensemble de studios et d'appartements à petite échelle et à prix abordables permettant à des publics vulnérables de trouver un logement adapté. Plus spécifiquement, le projet cible prioritairement les personnes handicapées, les personnes âgées et les personnes bénéficiant d'un logement protégé. L'approche à petite échelle, mixte et inclusive est ici privilégiée. Les soins réguliers sont assurés par Cvba Paracur.

Pour développer ce projet le Zorgsite Molenhoeve a reçu un subside de 174.735, 00€ de la Province.

Source : Zorgsite Molenhoeve. Home. - Over Ons. Experimentele woonprojecten 2013-2018

Intitulé : Heerlyckheid Hoog Mosscher
Type : Centre de soins résidentiel
Région : Flandre, Courtrai
Année : 2014
Nombre de logements : 62 unités résidentielles

Ce projet propose des appartements permettant à ses résidents de vivre de manière autonome tout en créant des possibilités de contact social entre les résidents.

Deux types de logements y sont proposés: des studios de 40 m2 pour une personne seule et des studios de 60m2 pour des couples. Tous les bâtiments sont adaptés aux personnes handicapées.

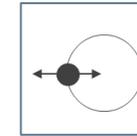
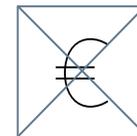
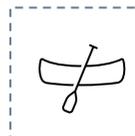
La résidence propose :

- une assistance résidentielle à la demande des résidences pour effectuer des petites tâches de soins,
- une assistance plus importante pour l'organisation des repas, de l'aide ménagère, d'une assistance technique, psychologique, etc.,
- une assistance de jour et de nuit dans les situations d'urgence (situation de crise) et des soins supplémentaires temporaires (soins de transition).

Des logements pour des personnes à revenus faibles sont intégrés au sein du projet. Pour bénéficier de ces logements à caractère "sociales", des conditions en termes de revenus et de propriétés ont été établies. À noter également que la Ville de Courtrai a élaboré un règlement qui attribue les unités résidentielles en priorité aux personnes âgées de 65 ans et plus avec un profil O ou A sur l'échelle de Katz.

Il n'y a pas de prix standard pour les logements proposés, les prix sont déterminés sur base de divers facteurs (statut de la personne, type de logement, revenu).

Source : Sociale assistentiewoningen. "Heerlyckheid Hoog Mosscher"



Définition : « Modèle d'organisation et de gestion des MR/MRS. Un endroit fonctionnel, attractif et agréable où les personnes âgées peuvent vivre pleinement leur vie, un lieu de travail plaisant et motivant pour le personnel et un environnement qui encourage les résidents à redoubler d'énergie et valoriser leurs capacités afin de donner davantage de sens à leur vie ».

Source : Fondation Roi Baudouin.

Public cible : pas de public particulier

Avantages :

- Projet axé sur la participation, les résidents conservent une place centrale dans le processus décisionnel et contribuent à la gestion et à l'organisation,
- Personne âgée active, lutte contre l'âgisme,
- Satisfaction du personnel, implication et consultation des membres du personnel dans la planification et la conception du travail,
- Modèle adaptatif, chaque MR/MRS peut envisager la mise en œuvre du modèle.

Inconvénients :

- Nécessite que la personne âgée souhaite s'investir dans ce type de projet, le projet doit être adapté au public,
- Difficulté de mettre en place de la gouvernance participative de la personne âgée,
- Projet réservé au résidentiel.

Résidence Régina - Moresnet-Chapelle

La résidence Régina est constituée de : 90 places d'hébergement de long séjour (MR/MRS), 3 places d'hébergement de court séjour, 10 places en centre d'accueil et de soins de jours, 13 résidences services pour personnes âgées. Pour répondre aux besoins des résidents, quatre unités de vie indépendantes ont été créées. Celles-ci sont composées de maximum 24 personnes et sont encadrées par une équipe dédiée.

La résidence Régina a été sélectionnée comme projet pilote pour intégrer le modèle Tubbe. Si le modèle devait être uniquement intégré dans la résidence services, située au rez-de-chaussée, les autres unités, réparties sur les quatre autres étages, ont rapidement été demandeuses d'instaurer également ce modèle. Le projet s'est alors développé, à géométrie variable, entre les différentes unités :

- Au premier étage, le projet a rapidement convaincu tout le monde. Les résidents sont conviviaux et s'expriment facilement, ils se sentent davantage responsables.
- Au deuxième étage, où résident les personnes désorientées, le modèle s'est bien développé également créant une communauté dynamique et joyeuse.
- Au troisième étage, la dynamique est différente. Les résidents sont prêts à se rencontrer, mais pas de manière trop régulière.

Ainsi, nous observons quatre approches Tubbe différentes, une philosophie commune mais une concrétisation différente dans les faits.

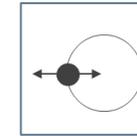
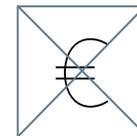
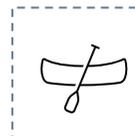
(Source : Résidence Régina. Description.

Fondation Roi Baudouin. Des maisons où il fait bon vivre et travailler)

Au sein d'autres résidences, le modèle Tubbe a donné lieu à des initiatives intéressantes :

- À Sainte-Barbe, des groupes de réflexion collaborateurs-résidents ont vu le jour. La formule apéro est le symbole de ce nouveau modèle au sein duquel les résidents peuvent exprimer librement leurs choix et leurs souhaits « comme à la maison ». Ainsi, les résidents peuvent choisir leur boissons et grignotages pour l'apéro ou encore décider de l'heure à laquelle ils souhaitent se coucher,
- À la Reine des prés, il a fallu s'adapter puisqu'au départ le modèle n'a pas rencontré beaucoup d'enthousiasme. Il a été nécessaire de penser un lieu de réflexion et un mode de fonctionnement qui soient adaptés aux personnes âgées, mais également convaincre le personnel, en fonction depuis de nombreuses années dans cette institution, du bien fondé et de la plus-value de cette approche. Autour d'un café, les résidents décident quant aux aménagements intérieurs, à l'organisation des activités ou même à l'organisation des soins,
- À Open King la règle « Niet Invullen Voor een Ander » a vu le jour avec l'intégration du modèle Tubbe. Les personnes âgées sont amenées à participer à la dynamique interne sur les sujets qui leur paraissent importants. Les résidents se prononcent sur quatre questions : « Qu'est-ce qui est important pour vous? », « Dans quel domaine souhaitez-vous participer davantage? », « De quoi voulez-vous décider vous même? » ou encore « Qu'aimez-vous faire et aimeriez-vous continuer à faire dans la maison? »,
- À Floordam, le modèle a permis d'approfondir et de perdurer la dynamique déjà mise en place : les soins sont basés sur la relation. La dynamique se crée autour des intérêts et de la motivation de la personne âgée. De plus, une évaluation annuelle a été mise en œuvre pour apprécier points forts de la maison, tout en dégageant ceux qui exigent encore un peu de travail,
- À Sint Jozef, l'intégration du modèle Tubbe donne lieu à plus d'inventivité au service d'une humanité accrue. Les résidents sont intégrés dans le choix des activités, dans la vie de l'institution et vont même jusqu'à participer aux entretiens de fonctionnement des collaborateurs.

(Source : Fondation Roi Baudouin. Des maisons où il fait bon vivre et travailler)



Implémentation

Wallonie et Flandre



En Wallonie et en Flandre, six projets pilotes ont été menés pour développer le modèle Tubbe. Chaque MR/MRS qui souhaite initier ce modèle d'organisation en son sein a pu bénéficier de 5.500,00€.

Le soutien se concrétisera sous la forme d'un accompagnement par des coaches expérimentés, la mise sur pied des formations adaptées ou encore, la création d'une communauté d'apprentissage. En Wallonie, l'AVIQ est un des partenaires privilégiés pour la mise en œuvre de ces projets.

Début 2017, trois projets pilotes ont vu le jour en Wallonie :

- un premier a été instauré dans une résidence appartenant à une intercommunale (La Calamine, Plombières et Aubel),
- un second a été implémenté dans une ASBL à Seilles,
- la troisième a été mise en œuvre au sein d'un établissement privé à Marche-en-Famenne.

Ainsi, en Wallonie, les trois secteurs ont été privilégiés. En Flandre, l'approche a été quelque peu différente. Les trois projets pilotes ont vu le jour en 2017, ont été mis en œuvre du sein de trois ABSL situées à Ardoie, Melsbroek et Neerpelt.

En termes d'implémentation, notons que :

- En Flandre :
 - chaque établissement a fait appel à son propre coach externe, en charge d'instaurer le modèle Tubbe,
 - deux des trois établissements ont instauré le modèle au sein de services spécifiques, et non pas à l'ensemble de l'établissement.
- En Wallonie :
 - les trois établissements wallons ont fait appel à un coach externe unique,
 - le modèle d'organisation et de gestion Tubbe a été appliqué à l'ensemble de l'établissement.

Ces établissements ont été sélectionnés sur base d'un appel à projets lancé par la Fondation Roi Baudouin. Cette dynamique est initiée par les MR/MRS, actuellement, il n'y a donc pas de modification dans la réglementation ni de dispositif obligatoire au sein des MRS.

En 2019, suite aux résultats encourageants du modèle sur le territoire wallon, la Région wallonne a décidé de dégager un budget de 250.000,00€ supplémentaire pour élargir le modèle Tubbe à 45 MR en Wallonie.

Bruxelles



A Bruxelles, le modèle Tubbe s'est développé plus tardivement. Afin de développer ce modèle sur le territoire bruxellois, Iriscare et la Fondation Roi Baudouin ont dégagé, fin 2020, un budget de 50.000,00 €.

Dix MRS ont été sélectionnées, sur base d'un appel à projets, pour déployer cette approche, elles sont réparties sur les dix communes bruxelloises suivantes : Saint-Josse-Ten-Noode, Laeken, Schaerbeek, Molenbeek-Saint-Jean, Anderlecht, Koekelberg, Uccle, Evere et Etterbeek.

Ces MRS sélectionnées bénéficient de 5.000,00 € pour financer un coach externe en charge de la mise en œuvre de ce changement, et ce, pour une période de deux ans.

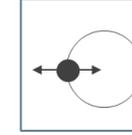
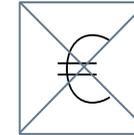
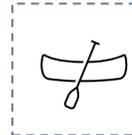
Évaluation des projets pilotes



L'évaluation des projets pilotes, menés en Flandre et en Wallonie, permet de dégager quelques observations intéressantes :

- la plupart des organisations disposent d'un grand nombre de lits pour des profils de soins lourds (MRPA),
- les MR/MRS participantes comptent être 45 et 150 personnes âgées. La taille de la MR/MRS n'a, à priori, pas d'influence sur l'implémentation du modèle, ce dernier est régulièrement appliqué par département/étage,
- le développement du modèle requiert un certain temps d'adaptation et un investissement de la part des membres du personnel et des résidents :
 - tous les résidents ne souhaitent pas s'investir, pour certaines personnes âgées la situation, avant implémentation du modèle Tubbe, fonctionnait bien,
 - la participation à ce modèle nécessite une dynamique d'écoute mutuelle,
 - le modèle nécessite un changement de paradigme pour le personnel, ne considérant donc plus leur travail en termes de tâches à effectuer, mais plutôt en se concentrant sur la personne qu'ils accompagnent. Le personnel doit dès lors se sentir en accord avec cette approche.
- les résidents se considèrent davantage intégrés dans la dynamique interne et investie dans les décisions relatives aux choix des activités et de repas,
- les membres du personnel perçoivent une amélioration de leur situation de travail. Notons que c'est essentiellement le personnel qui perçoit l'impact de l'intégration de ce modèle au sein des MR/MRS.

(Source : Fondation Roi Baudouin. Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins. Rapport d'évaluation - Projets pilotes du modèle Tubbe.)



Définition : l'offre intégrée/multiple consiste à réaliser au sein d'une structure d'hébergement unique plusieurs types de prestations : court séjour, centre d'accueil et hébergement de longue durée. Elle permet d'accueillir la personne lors de moments de dépendance et de limitation (comme par exemple une sortie d'hôpital, la maladie du conjoint, ...).

Public cible : un public plus large (avec une limitation « temporelle »)

Avantages :

- Soutien au maintien à domicile à travers une offre de soutien ponctuel
- Accès financier à un plus grand nombre à des moments d'accueil, compte tenu du prix élevé d'un hébergement en MR (attention à l'aidant proche, frais d'adaptation du domicile, ...)
- Facilité d'intégration lors d'un passage d'un service à l'autre, « lieu connu »
- Éviter les placements définitifs par une offre ponctuelle
- Favoriser la mixité, l'intergénérationnel.

Inconvénients :

- Ce type de projet nécessite :
 - un rapprochement physique des structures (RS, MR, MRS, centre de jour) et donc de l'espace là où à Bruxelles le territoire disponible est restreint,
 - une intégration forte entre les différents types d'offres (coordination),
 - un encadrement important, et donc des normes adaptées,

Exemples de projets

Intitulé : Domaine du Parc
Type : Projet mixte (MR-MRS-RS-CS)
Région : Wallonie, Verviers
Année : 2020
Nombre de logements : 148 chambres et 26 appartements

Le domaine du Parc a récemment vu le jour en Wallonie, ce projet intégré vise à offrir aux résidents des soins adaptés à leurs besoins.

Cet ensemble communautaire repose sur quatre composantes principales :

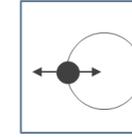
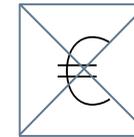
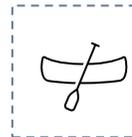
- une maison de repos composée de 81 lits, une maison de repos et de soins composée de 40 lits, 30 lits de convalescence et enfin, une résidence services de 26 appartements ;
- quatre immeubles à appartements composés de 1,2 ou 3 chambres, représentant un ensemble de 48 logements,
- un restaurant et quatre salles de séminaire,
- un parc aménagé avec une plaine de jeux, un arboretum, des pistes de pétanque, une aire de détente et de remise en forme.

Intitulé : Huis Perrekes
Type : Projet mixte
Région : Flandre, Geel
Année : 1986
Nombre de logements : 3 maisons, 45 résidents

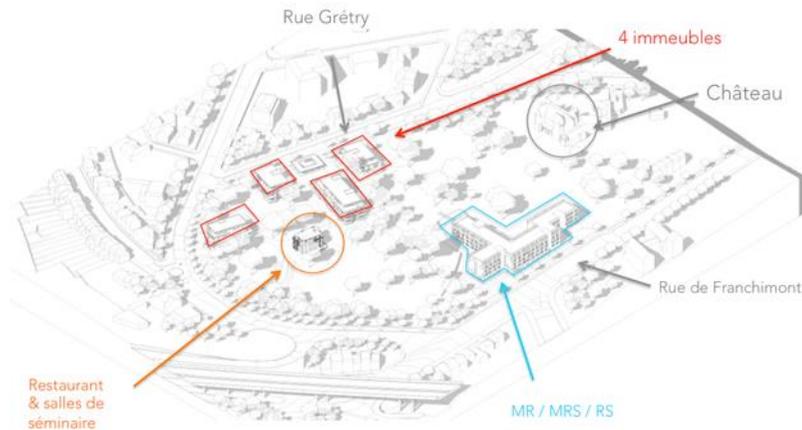
Huis Perreke propose une offre complète à ses résidents :

- un projet de soins OPMAAT, qui permet aux personnes atteintes de démence de rester chez elle tout en bénéficiant des soins et d'accompagnement. OPMAAT conçoit ces soins en collaboration avec la famille, les soignants, les voisins.
- un accueil de jour, pour permettre aux personnes âgées de passer la journée en toute convivialité, en jouissant d'activités adaptées,
- un séjour temporaire, la villa propose aux personnes atteintes de démence, à leur famille ou visiteur de loger quand ils en ressentent le besoin,
- un hébergement permanent, au sein des trois maisons Huis Perreke qui permet d'héberger les résidents jusqu'à la fin de leur vie.

Les trois maisons accueillent principalement des personnes atteintes de démence quel que soit leur âge et ce jusqu'à la fin de leur vie.



Exemples de projets



L'aménagement de la MR/MRS permet d'organiser le service Cantou destiné à accueillir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres types de pathologies mentales. La résidence services permet aux personnes âgées de vivre de manière indépendante, tout en ayant recours, si besoin, aux services proposés par la MR. Les personnes âgées peuvent également avoir recours à plusieurs services de proximité (salon d'esthétique et de bien-être, coiffeur).

Ce projet se veut également intergénérationnel et ouvert sur le quartier. Les 48 appartements de tailles variées sont proposés à toute personne désireuse d'intégrer le projet. Parmi ces appartements, deux d'entre eux sont mis à la disposition de personnes avec des revenus médians, deux autres sont réservés à des personnes trisomiques autonomes. Les services offerts sont ouverts à tous, tant aux résidents du Domaine, qu'à leurs proches, amis, riverains et personnes extérieures.

(Source : Domaine du Parc. Un projet immobilier intergénérationnel. Domaine du Parc. A propos.)

Cette résidence à taille humaine propose à ses résidents une « vie normalisée à petite échelle » au sein d'une maison ordinaire, dans une rue et un village ordinaires. Au sein de la maison, les résidents vivent de manière autonome, ils sont en charge des tâches ménagères, de la cuisine, des activités, etc. Ils peuvent tout de même bénéficier d'une équipe de soignants, prête à intervenir si besoin. Dans ce modèle, beaucoup de liberté et de confiance sont données aux résidents.

OPMAAT	Centre de jour	Logement	Résidence
75€/ mois	42,64€/ jour	69,38€ (séjour court) 26,74€ (soins de nuit) Entre 65 et 90 €	Entre 69,38€ et 88,14€

Source : Huis Perrekes. Leven met dementie.

Intitulé : De Wingerd

Type : Projet mixte

Région : Flandre, Leuven

Année : /

Nombre de logements : 137 logements

Ce projet propose également une offre de soins diversifiée pour les personnes atteintes de démences avec :

- un centre de jour proposant des activités de jour et des soins pour les personnes âgées qui vivent à domicile. Ce centre accueille des personnes âgées et des jeunes atteints de démence,
- du court séjour, qui propose aux personnes âgées ayant des besoins de soins limités et spécifiques un hébergement temporaire.
- des foyers offrant 128 places pour des personnes qui ne peuvent plus rester chez elles,
- des appartements de soins, permettant à des couples de vivre ensemble tout en bénéficiant d'un accompagnement professionnel et des soins sur mesure.

Le centre de soins résidentiels investit et améliore continuellement la qualité des soins aux résidents en leur proposant une série de projets innovants.

Centre de jour	Court séjour	Appartements de soins
36,65€/ jour	72,07€/ jour	72,07€ (première personne) 54,06€ (deuxième personne)

Source : De Wingerd. Over Ons.

CONCLUSION

Habitat groupé :



Résidence service :



Résidence service social :



Innovation organisationnel (Tubbe) :



Innovation organisationnel (offre multiple) :



Maison de repos (et de soins) :

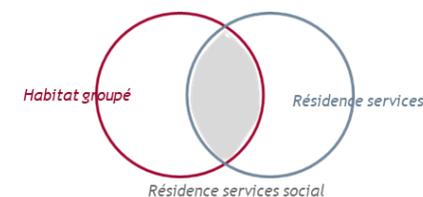


L'analyse particulière des modèles démontre des objectifs communs qui sont synthétisés dans une légende « simple ». Nous insistons sur le fait que les différentes terminologies amènent une certaine « innovation » dans l'approche de la mise en œuvre mais que les objectifs fondamentaux (solidarité, financier, médicalisation, autonomie, ...) restent identiques.

Nous soulignons également qu'une approche sociale est parfois vue comme un enjeu financier mais peut être également perçu comme en enjeu d'intégration sociale au sein d'une communauté.

L'analyse des différentes formes d'alternatives nous permet d'observer que :

- les alternatives sont nombreuses, le logement pour personnes âgées ne cesse de se réinventer,
- les modèles alternatifs s'adressent à un public cible spécifique le plus souvent désireux de prendre part à un projet social et devant faire preuve d'une certaine autonomie,
- les alternatives visent un objectif commun : le bien-être social des personnes âgées, elles constituent un tremplin idéal avant l'entrée en maison de repos,
- le modèle de la résidence services social se situe à l'intersection entre l'habitat groupé et les résidences services « classiques », proposant une approche sociale et permettant une accessibilité financière. Il peut allier tous les aspects clés des modèles alternatifs (aide médicale, projet solidaire, intergénérationnel, autonomie et accessibilité financière),



- Dans cette intersection pourrait également venir s'intégrer les logements sociaux avec le lien vers un tarif en lien avec le niveau de richesse du bénéficiaire,
- d'un point de vue financier, les alternatives semblent à première vue plus accessible financièrement. Ce constat doit tout de même être nuancé, pour objectiver le prix des alternatives une analyse plus approfondie devrait être menée,
- les freins au développement de ces structures sont encore nombreux (juridiques et financiers) et Bruxelles doit faire face à une donnée inhérente à sa réalité : un territoire limité et étroit,
- La multiplicité des appels à projet, des terminologies, ... devrait peut-être être remplacé par des financements continus basés sur les 6 « objectifs » repris dans la légende.



PARTIE V : BENCHMARKING DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

TABLE DES MATIERES

Introduction	112
Un Québec pour tous les âges : une politique bottom-up et une vision inclusive	113
Mieux être et bien vieillir à Bruxelles	114

INTRODUCTION

Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées ont pour objectifs de :

1. Viser le soutien à l'autonomie
2. Viser l'espérance de vie en bonne santé, que l'on associe le plus souvent à l'espérance de vie sans limitation
3. Viser l'espérance d'une vie de qualité, indépendante des incapacités, mais basée sur l'auto-évaluation de la personne

Pour cela, l'évaluation des besoins reste le point d'entrée de la prise en charge de la personne en perte d'autonomie et il faut pour cela tenir compte des critères qui ne sont pas liés à l'âge, mais à l'environnement.

Il existe également d'importantes inégalités socio-économiques dans l'espérance de vie en bonne santé, à tout âge.

Définition

Espérance de vie sans incapacité à un âge donné

Le nombre d'années d'espérance de vie sans incapacité à un âge donné (EVSI), aussi appelé « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années qu'une personne de cet âge vivra, en moyenne, sans incapacité (définie comme limitation dans les activités de la vie quotidienne). Il combine des informations sur la mortalité et sur l'état de santé. Les données de prévalence de l'incapacité proviennent généralement d'enquêtes. On interroge les individus sur leurs limitations dans les activités de la vie quotidienne, dues à des problèmes de santé¹⁵. C'est une approche déclarative.

Espérance de vie sans incapacité, par niveau d'éducation

L'espérance de vie sans incapacité par niveau d'éducation est généralement calculée à partir de 25 ans et utilise généralement une compilation de plusieurs bases de données. Dans ce rapport, elle a été calculée à partir :

- Du recensement de la population de 2011 couplé avec le registre national (avec 5 années de suivi de mortalité), afin d'estimer l'espérance de vie par niveau d'éducation
- Des valeurs de prévalence de l'incapacité tirées des enquêtes de santé par interview, Sciensano (2008 et 2013 regroupées)

Approche par la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée

Il s'agit d'une approche par les « soins et services » dont bénéficient les personnes qui ont besoin d'une aide extérieure, pendant une longue période, pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)¹⁷ mais aussi pour les activités instrumentales (AIVQ)¹⁸, et ce, quel que soit l'âge.

Deux visions inscrites dans les lois

1) Une société inclusive Suède et Danemark, Québec

C'est à la société de s'adapter pour que la personne exerce son droit à vivre de façon autonome, dans la dignité et le bien-être, et en pleine citoyenneté.

Le chapitre 5 de la loi suédoise sur les services sociaux («Socialtjänstlagen» ou SoL) dispose que : « la prise en charge des personnes âgées par les services sociaux devrait être axée sur leur dignité et leur bien-être », mais aussi que « les personnes âgées doivent avoir la possibilité de vivre de manière indépendante dans la sécurité et pouvoir mener une existence active et significative en communauté avec les autres ». La philosophie du système danois est tout à fait similaire : ce n'est pas uniquement le fait de compenser l'altération d'une ou plusieurs fonctions de l'individu qui est recherché, mais également son inclusion sociale.

Ce droit à l'indépendance est notamment garanti par le Conseil des Senior, élu démocratiquement.

Dans ce type d'approche inclusive, l'adaptation de la société à la personne est vécue de manière positive et s'inscrit dans une approche « age friendly », globale et transversale.

1) Une vision compensatoire (France, Belgique) ou société donne une compensation par rapport à une perte d'autonomie

La deuxième approche insiste sur la compensation du risque de perte d'autonomie, considéré comme un nouveau risque social : il s'agit de prendre en compte l'impact de celle-ci sur la vie de la personne et de son entourage. La compensation, de plus en plus financière, laisse à la personne la liberté de s'organiser individuellement et de trouver le service adapté.

La part de dépense par rapport au PIB reste un indicateur important. Même si la tendance forte est à la proximité et au maintien à domicile, les grandes orientations restent définies par les Etats.

UN QUÉBEC POUR TOUS LES ÂGES : UNE POLITIQUE BOTTOM-UP ET UNE VISION INCLUSIVE

L'élaboration du plan d'action 2018-2023 « Un Québec pour tous les âges » a été précédée de **consultations menées auprès d'organismes non gouvernementaux** préoccupés par les conditions de vie des personnes âgées **de même qu'auprès de la population**. Ces consultations, tenues en 2017, ont permis de prendre en compte les préoccupations exprimées, en vue de planifier les initiatives à réaliser d'ici 2023, et entre autres, favoriser le vieillissement actif des aînés et permettre aux aînés de vieillir chez eux, dans leur communauté, le plus longtemps possible.

Participer, vivre en santé, offrir des environnements sains, sécuritaires et accueillants

Le Québec demeure la seule province canadienne à s'appuyer sur une véritable politique en matière de vieillissement actif : Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec. Celle-ci favorise la participation pleine et entière des aînés à la vie des communautés du Québec en fonction de leur volonté, de leurs intérêts et de leurs capacités. Cinq priorités sont épinglées :

Priorité 1 : Augmenter l'appui au milieu municipal pour soutenir ses efforts d'adaptation au vieillissement de la population.

- Soutenir les municipalités et les MRC amies des aînés dans la *réalisation de petits projets d'infrastructures et d'aménagement* répondant aux besoins des aînés dans le cadre du Programme d'infrastructures Municipalité amie des aînés (PRIMADA)
- *Entretenir le réseautage, le transfert de connaissances et l'échange de bonnes pratiques* entre les municipalités et MRC amies des aînés, notamment par la tenue de rencontres régionales
- Identifier un *réseau de répondants en sécurité civile* pour appuyer les municipalités et MRC amies des aînés dans l'élaboration de mesures d'urgence adaptées à leurs citoyens aînés en cas de sinistre
- *Accompagner et outiller* les municipalités et MRC amies des aînés dans l'adaptation de leurs pratiques en aménagement et urbanisme
- *Élaborer des guides thématiques destinés aux municipalités et MRC amies des aînés* pour faciliter l'adaptation de leurs structures et services au vieillissement de la population
- Produire un outil d'information *sur l'approche Commerce ami des aînés à l'intention des propriétaires de commerce et des acteurs municipaux*

Priorité 2 : Améliorer le soutien aux organismes locaux et régionaux qui favorisent la participation sociale des aînés et contribuent à l'amélioration de leur qualité de vie.

- Soutenir les activités intergénérationnelles des « *Maisons des grands-parents* »
- Soutenir la réalisation de *projets intergénérationnels* favorisant le transfert ou la valorisation du savoir-faire et de l'expertise des aînés
- Soutenir *l'implication bénévole d'étudiants de niveau postsecondaire* dans les résidences privées pour aînés afin de favoriser le dialogue et la solidarité intergénérationnels
- Créer un *réseau intergénérationnel* d'entraide locale regroupant des aînés isolés et des jeunes en difficulté dans des milieux ciblés
- Accorder un *crédit d'impôt* aux grands-parents hébergeant leurs petits-enfants aux études

Priorité 4 : Augmenter le nombre de personnes recevant des services de soutien à domicile et intensifier le service pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

- Améliorer le *programme d'exonération financière* pour les services d'aide domestique
- *Promouvoir les conditions qui favorisent une bonne santé cognitive* auprès des intervenants en promotion de la santé, services sociaux
- *Améliorer la qualité* des aides
- Promouvoir la *vaccination* auprès des aînés
- Former à la *prévention du suicide* afin de mieux outiller les personnes formées à reconnaître les signes précurseurs des comportements suicidaires chez les aînés

Priorité 3 : Intensifier les initiatives visant à reconnaître, à accompagner et à soutenir les aidants proches d'aînés

- *Améliorer l'offre de service aux aidants-proches*, notamment par le financement de l'Appui pour les proches aidants d'aînés
- *Favoriser le partage d'initiatives locales et régionales* qui assurent une pleine reconnaissance du proche aidant d'aînés tout au long du continuum de soins et de services sociaux et de santé
- Promouvoir des *outils et des activités de sensibilisation portant sur les réalités vécues par les proches aidants d'aînés destinés aux acteurs qui œuvrent* particulièrement auprès d'eux (étudiants, intervenants et professionnels)
- Participer à la diffusion de *campagnes de sensibilisation grand public* visant à promouvoir le rôle des proches aidants d'aînés et les services qui leur sont offerts

Priorité 5 : Créer de nouveaux espaces de réflexion et de concertation entre les acteurs concernés par les défis que pose le vieillissement de la population.

- Organiser des *forums nationaux* biennaux réunissant les organismes gouvernementaux, les partenaires non gouvernementaux et le milieu de la recherche.
- Tenir des *rencontres régionales* avec la collaboration des tables régionales de concertation des aînés, des municipalités et des MRC amies des aînés

MIEUX-ÊTRE ET BIEN VIEILLIR A BRUXELLES

La réflexion qui suit, bien que n'étant pas exhaustive en termes d'offres, se propose de voir comment des priorités définies par l'OMS ou le plan d'action québécois peuvent trouver un écho à Bruxelles. Il existe à Bruxelles une multitude d'acteurs et d'initiatives en faveur des aînés qui créent un environnement favorable de façon à faire de Bruxelles une ville-région inclusive. Il faut cependant qu'un monitoring général soit renforcé.

Nous proposons dans l'exposé qui suit un premier mapping des acteurs qui pourraient être impliqués de manière transversale dans la politique des aînés de manière à renforcer la cohérence de la ville-région.

Afin de développer, à Bruxelles, une politique inclusive dans la prise en charge des aînés, les activités suivantes sont à organiser :

1. **Organiser un relevé des besoins**
2. **Créer un environnement favorable à l'inclusion sociale des aînés**
3. **Augmenter et favoriser le maintien au domicile en répondant aux besoins des aînés**
4. **Renforcer l'autonomie et la capacité d'accompagnement en région Bruxelloise**

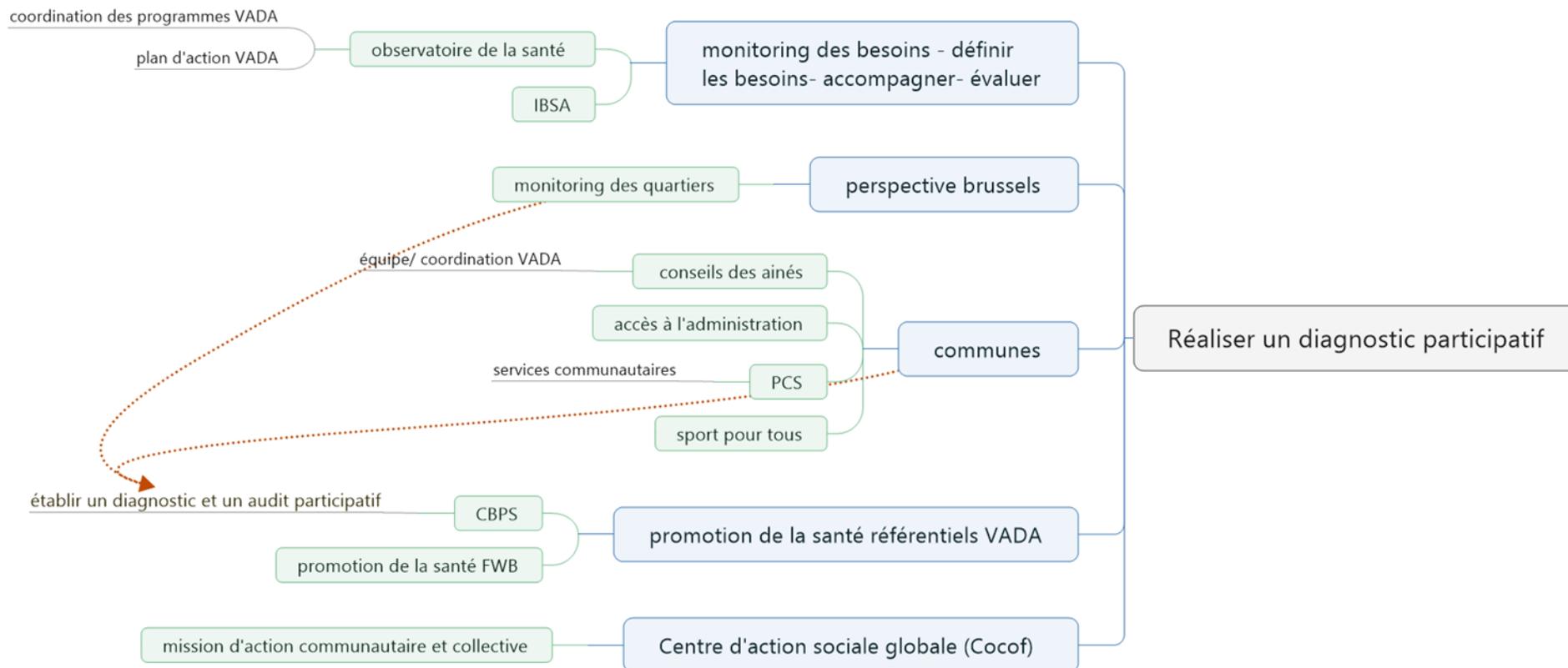
La complexité institutionnelle à Bruxelles est souvent considérée comme un frein, mais elle peut aussi avoir un effet de levier : plus de ressources, toutes les compétences en présence (régionale, communautaires, fédérales, communales, européennes, ...), sont à saisir comme autant d'opportunités de renforcer le maillage institutionnel. Les communes représentent les lieux de décision les plus proches des citoyens et sont l'outil de l'opérationnalisation d'une politique de santé Amie des aînés ; mais elles s'appuient sur des savoirs qui dépassent le territoire communal.

En s'appuyant sur les différentes instances institutionnelles et politiques, la région Bruxelloise peut renforcer l'appui à une politique des aînés à condition de jouer un rôle d'incitant à une politique coordonnée.

L'ancrage local de la politique des aînés est démontré dans l'approche québécoise : il s'agit de créer un cercle vertueux entre **une approche individuelle de promotion de la santé et psychomédicale** qui consiste à encourager des comportements de santé, par une offre adaptée, des soins préventifs, un soutien à l'estime de soi et d'autre part, d'apporter **un soutien collectif, sociétal et urbanistique** : offrir un environnement adapté et inclusif, soutenir les aînés dans leur implication dans la vie citoyenne, lequel soutien se traduit concrètement par des temps symboliques (lieux et temps de prises de parole, témoignages, bénévolats, ..) et espaces physiques (aménagement des espaces urbains de proximité, mobilité, ...) qui permettent de réduire les inégalités.

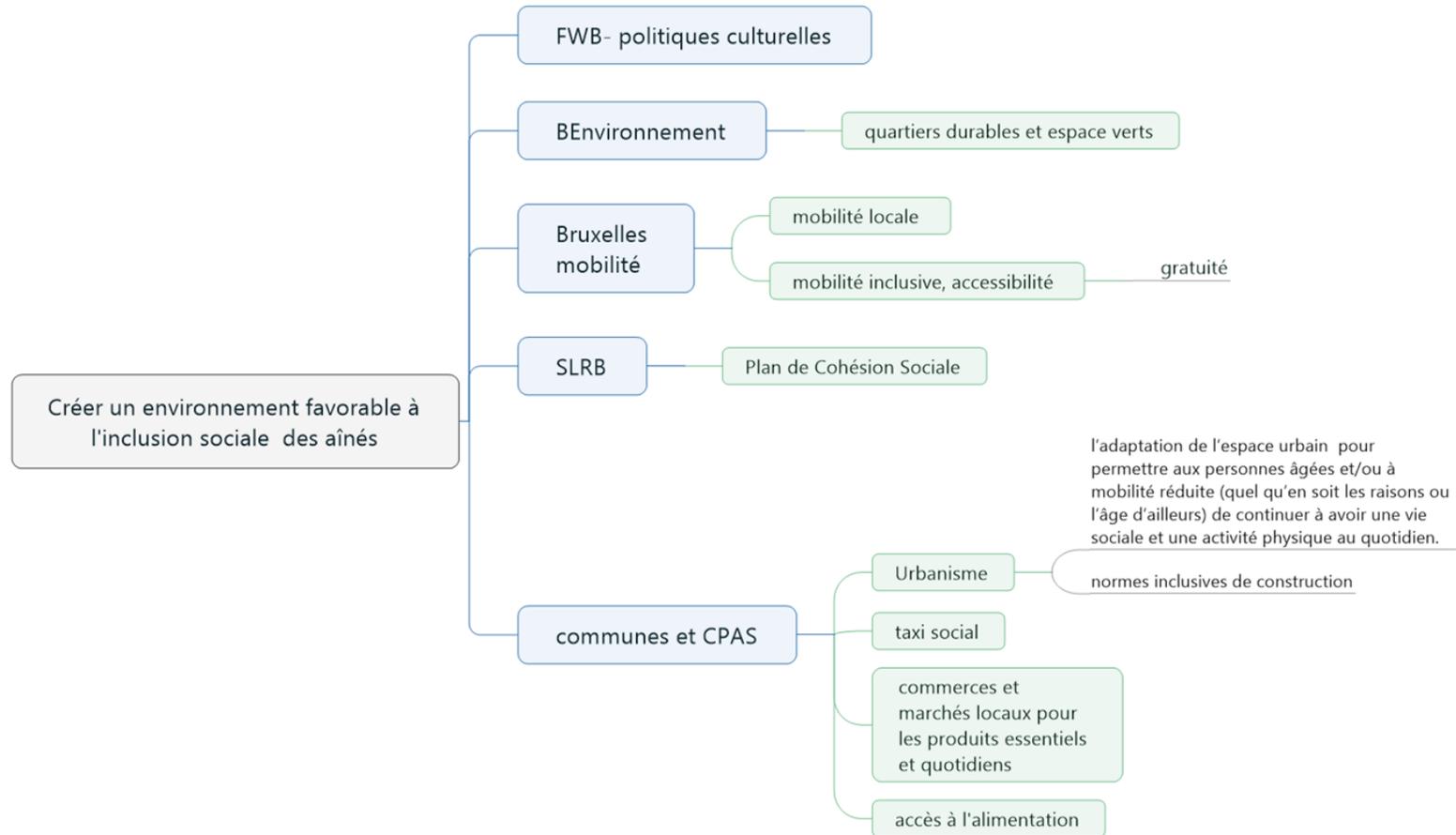
C'est par une approche multidimensionnelle et transversale qu'il est possible de concrétiser la globalité de la **démarche santé et environnement**. Cette démarche ne peut se réaliser qu'à condition d'inciter la mise en concordance des forces en présence sur le territoire bruxellois. Une nouvelle gouvernance s'avère souhaitable afin d'offrir une plus grande cohérence aux actions conduites. Cette nouvelle gouvernance peut être émerger sur base d'une concertation préalable des différentes forces en présence (autorités, acteurs publics et privés) de manière à identifier et définir le rôle du coordinateur régional, en le distinguant bien à la fois des acteurs et des financeurs.

1. **Organiser un relevé des besoins :** Cette analyse des besoins s'appuie sur des outils et des entités transversales qui permettent à la région de développer une vision plus méso et son rôle d'ensemblier. Ce diagnostic implique de s'appuyer sur des données objectives, il est participatif et est ancré dans une implication citoyenne locale.



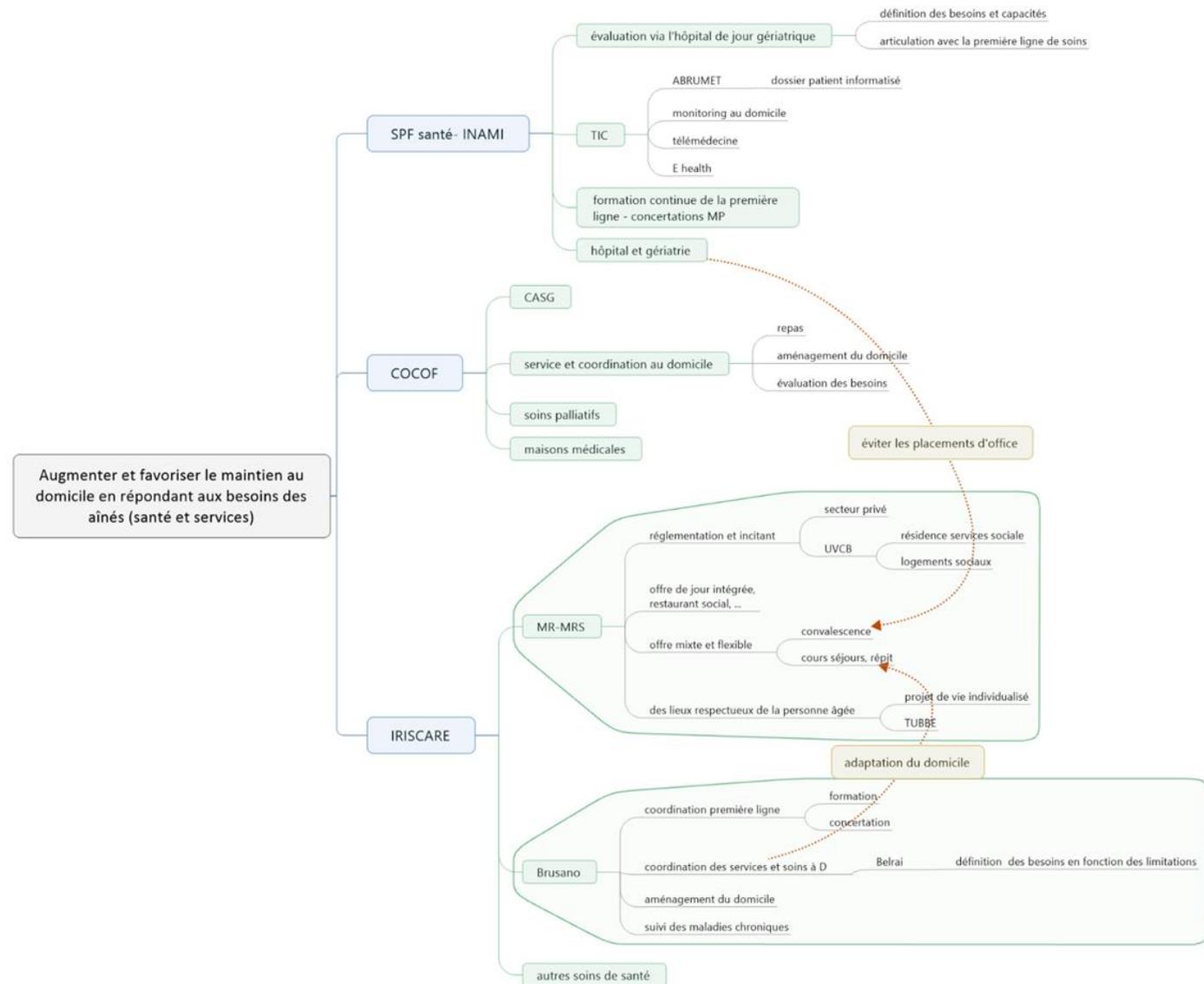
- S'appuyer à la fois sur des données objectives mesurables (grille d'évaluation, données socio-économiques) et un processus de consultation participatif qui garantisse la citoyenneté aux personnes âgées : l'Observatoire de la santé et le Monitoring des quartiers, voire les données de consommation de soins de l'Agence inter mutuellistes
- Accompagner des projets locaux via le diagnostic local avec l'appui des services de promotion de la santé (CBPS)
- Appuyer la mise en place des comités de concertation des aînés et des services communautaires

2. Créer un environnement favorable à l'inclusion sociale des aînés



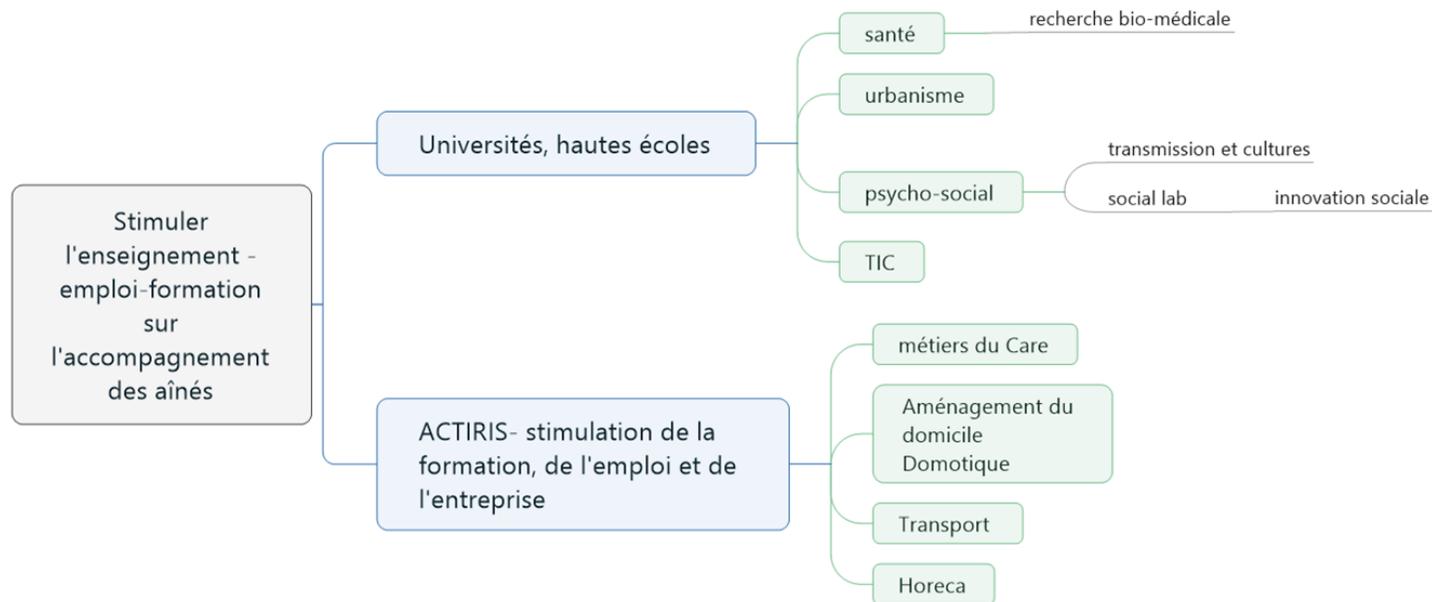
- a. Soutenir les efforts pour une mobilité inclusive (Bruxelles mobilité, CPAS)
 - i. Favoriser l'accessibilité et sécuriser le transport
 - ii. Renforcer l'accès aux services de proximité via des services de transport tels que les taxis sociaux ou les services à domicile et la facilitation pour avoir accès aux soins.
 - iii. Garantir l'accès à l'information : ex un seul numéro qui coordonne l'ensemble de l'offre pour les bruxellois pour garantir l'accès et l'information aux différentes solutions existantes.
- b. Soutenir une politique urbanistique et de logement inclusif (SLRB, UCVB, BE)
 - i. Aménagement des parcs et jardin, sécurité et renforcement du mobilier urbain
 - ii. Résidence service sociale
 - iii. Proximité et adaptabilité des structures : la structure évolue en fonction de l'évolution de la personne
 - iv. Quartier intergénérationnel

3. Augmenter et favoriser le maintien au domicile en répondant aux besoins des aînés (Iriscare, Inami, Cocof, VGC)



- Renforcer une structuration des soins de première ligne (Inami et Iriscare)
- Renforcer les liens entre la gériatrie, la première ligne, les structures résidentielles et les services du domicile (Brusano, cocof)
- Renforcer les soins préventifs, la vaccination et la prévention de la maltraitance (cocof, FWB)
- Créer des incitants financiers pour favoriser l'utilisation d'aide à domicile (SPRBC)
- Mettre en lien les offres de centres de jour, les RS et les MRS (Iriscare)

4. Renforcer l'autonomie et la capacité d'accompagnement en région Bruxelloise



- Renforcer l'accès à la formation et l'emploi des métiers de l'aide pour répondre aux enjeux du vieillissement
- Créer des espaces de réflexions et de concertation transversaux afin de réunir l'ensemble des acteurs concernés par les défis que pose le vieillissement. Ces concertations doivent réunir les différents niveaux de pouvoirs, mais également les différentes compétences qui sont concernées de manière à créer un espace de réflexion inclusif et citoyen : santé, service, mobilité, logement, culture.

PARTIE VI : SYNTHÈSE DES ATELIERS THÉMATIQUES

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	120
2. L’orientation de la personne âgée vers la structure d’hébergement adaptée	120
2.1. Introduction.....	121
2.2. Les enjeux et pistes de solution	121
2.3. Le parcours de la personne âgée.....	123
2.4. Conclusion.....	125
3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l’enjeu du « double diagnostic ».....	126
3.1. Introduction.....	126
3.2. Les enjeux et pistes de solution	126
3.3. Conclusion.....	129
4. L’enjeu du territoire et de l’accessibilité dans la prise en charge des personnes âgées	130
4.1. L’intérêt d’une approche territoriale	130
4.2. Développer une approche territoriale : « la vie idéale dans mon quartier »	130
4.3. Conclusion : comment aboutir à cette approche territoriale ?	132

1. Introduction

Dans le cadre de l'étude de programmation, trois ateliers thématiques ont été organisés avec les acteurs du secteur :

	1	2	3
Thématique abordée	L'orientation de la personne âgée vers la structure d'hébergement adaptée	La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l'enjeu du « double diagnostic	L'enjeu du territoire et de l'accessibilité dans la prise en charge de la personne âgée
Objectif	Mener une réflexion commune sur le parcours de la personne âgée et son orientation adéquate vers les structures d'hébergement et de soins.	Mener une réflexion commune sur la prise en charge des personnes âgées qui présentent plusieurs défaillances physiques et mentales.	Mener une réflexion commune sur les enjeux du territoire dans la prise en charge des personnes âgées.
Date de l'atelier	10 novembre 2021	23 novembre 2021	1 ^{er} décembre 2021

Ces trois thématiques ont été identifiées en raison des enjeux spécifiques qu'elles soulèvent au sein du secteur. Elles ont été sélectionnées en collaboration avec le Comité d'Accompagnement du projet.

2. L'orientation de la personne âgée vers la structure d'hébergement adaptée

2.1. Introduction

Nous abordons ici l'enjeu de l'orientation adéquate de la personne âgée en fonction vers une structure d'accueil et d'hébergement en fonction de ses besoins, cette thématique a fait l'objet d'un atelier de réflexion avec les acteurs du secteur. Les résultats de cet atelier sont structurés en deux volets :

- les enjeux mis en exergue (I) et les pistes de solution évoquées (💡) ;
- les réflexions autour du parcours de la personne âgée.

2.2. Les enjeux et pistes de solution

Un **déficit en termes d'encadrement** des personnes âgées. Le personnel d'encadrement est de plus en plus difficile à trouver et ceux-ci ne disposent pas de l'ensemble des compétences nécessaires pour prendre en charge des profils de personnes âgées plus complexes. Ça pose également la question de l'attractivité du secteur des MR pour les jeunes infirmier.e.s et aides soignant.e.s.

Faciliter l'orientation des personnes âgées vers les structures adaptées. L'orientation de la personne âgée dépend à la fois des acteurs qui vont intervenir dans les choix posés (comme, par exemple : la famille, les assistants sociaux) mais aussi des contraintes structurelles (financières, physiques, géographiques, familiales, etc.).



- Renforcer le rôle et les moyens des professionnels chargés d'orienter les personnes âgées. Les assistants sociaux, notamment des hôpitaux, jouent un rôle fondamental mais ne disposent pas d'une vue complète sur l'ensemble des possibilités existantes en termes de structure d'hébergement et d'aides à la disposition de la personne âgée ;
- Anticiper davantage la prise en charge de la personne âgée à travers des outils comme le Plan de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA). Cet outil vise à ouvrir le dialogue entre le médecin généraliste, la personne âgée et la famille pour anticiper les choix futurs.

Une orientation adaptée passe également par un renforcement de la **coordination** entre les acteurs du secteur. A l'heure actuelle, la coordination manque, les acteurs fonctionnent en silo.



- Créer une base de données complète avec l'ensemble de l'offre à la disposition de la personne âgée. Ceci également dans l'objectif de décloisonner la vision binaire de prise en charge de la personne âgée (domicile versus MR) ;
- Faciliter la transition d'une structure à l'autre, tendre vers davantage de flexibilité ;
- Renforcer les liens entre les services gériatriques des hôpitaux et les MR/MRS, développer un réseau entre ces acteurs.

Le choix de la structure ne doit pas uniquement reposer sur des **critères liés à la capacité physique** de la personne âgée.

- Revoir le fonctionnement de l'échelle de Katz pour inclure, dans les critères d'évaluation, des critères autres ceux liés aux conditions physiques de la personne âgée.

Les MR, au sein desquelles le nombre de places est trop important, sont **peu adaptées aux caractéristiques des personnes âgées à Bruxelles**. Les frais que représentent une place en MR/MRS sont bien supérieurs au budget moyen d'une personne âgée. A contrario, il y a peu de places dans ces structures pour des profils avec des problèmes complexes à gérer, comme des troubles psychiatriques par exemple, l'encadrement nécessaire n'est alors pas suffisant.



- Mieux penser l'adéquation entre le profil et la structure ;
- Redéfinir le modèle de la MR/MRS et mieux réfléchir le profil de personnes en mesure d'intégrer ces structures ;
- Ne pas opposer, systématiquement, le modèle public versus le modèle privé. Les enjeux, les problèmes rencontrés sont identiques ;
- Inclure davantage la question de la prise en charge des personnes âgées issues de l'immigration aux réflexions institutionnelles.

Le **modèle actuel de la maison de repos doit être revu**. Ce modèle où les personnes âgées sont rendues dépendantes au travers d'un financement qui encourage la dépendance et non l'autonomie.



- Encourager le développement des alternatives, notamment celles qui proposent - dans un lieu unique - une offre multiple (MR/MRS, résidence service, centre de soins de jours, etc.). Ce type de structure permet de réduire le sentiment de rupture lorsque la personne âgée est amenée à changer de lieu de vie, elle encourage également la création d'un lien de confiance avec la personne âgée ;
- Soutenir davantage les structures d'accueil et d'hébergement dans leur phase de création. A noter que les centres de soins de jour, par exemple ne sont pas rentables les premières années de leur création. Ceci n'encourage pas la mise sur pied de ces structures ;
- Ouvrir les MR/MRS sur les quartiers ;
- Travailler sur la perception des MR/MRS auprès du grand public, celles-ci sont très régulièrement connotées négativement.

- Une question reste ouverte : faut-il que les maisons de repos se médicalisent encore davantage pour accueillir des personnes âgées avec des profils lourds et complexes et, dès lors, encourager les formes alternatives pour les personnes âgées relativement indépendantes ? Ou, au contraire, faut-il maintenir la multiplicité des profils au sein des maisons de repos et continuer de lui conférer une fonction sociale ?

Les **structures alternatives** à la MR/MRS sont encore **trop peu connues** à Bruxelles. Bruxelles dispose d'une offre conséquente mais trop peu connue où le lien entre les différents acteurs n'est pas systématiquement réalisé (notion de réseau absente).

- Développer une approche par quartier pour améliorer la communication sur l'offre existante à Bruxelles. L'idée de nommer un facilitateur, par quartier, a été évoquée. Ce facilitateur serait en charge de faire un état des lieux de l'offre existante au sein de son quartier et de faire le lien avec les structures existantes.

Le **logement et le coût de l'immobilier** à Bruxelles demeurent des enjeux de taille qui, dans les réflexions sur la prise en charge des personnes âgées, doivent être pris en compte.

2.3. Le parcours de la personne âgée



Afin d'évaluer les capacités de la personne âgée et ses besoins, l'échelle BelRai a été abordée. Cet outil, trop peu utilisé aujourd'hui, permet d'intégrer l'avis de plusieurs personnes/professionnels sur l'état de santé de la personne âgée afin d'aboutir, *in fine*, sur un plan de soins adapté et personnalisé. Cette échelle prend notamment en considération, au contraire de l'échelle de Katz, une série de critères psycho-sociaux.

En revanche, les MR/MRS ne sont pas suffisamment équipées pour utiliser ce type d'outil (absence de dossiers résidents, suivi sous format papier). Sa mise en œuvre nécessite de l'informatisation, ce qui met en exergue l'importance de développer l'informatisation du secteur des maisons de repos.

Bien que l'outil BelRai soit pertinent, il est important de tenir compte des souhaits de la personne âgée et de bien mettre, au cœur de ce système d'orientation, la personne âgée. Celle-ci doit rester, tant que possible, actrice de ses propres décisions. Ceci encourage également à penser un système moins axé sur la dépendance, comme c'est le cas à l'heure actuelle, mais davantage sur l'autonomie de la personne.

Définir des critères qui permettent d'orienter la personne vers une structure spécifique semble, à ce stade, compliqué à mettre en œuvre tant les critères à prendre en considération sont multiples et variés. En revanche, les acteurs du secteur soulignent l'importance de :

- Définir un modèle de financement qui soit cohérent avec le plan de soins de la personne âgée ;
- Revoir les normes d'encadrement qui, à l'heure actuelle, ne permettent pas la prise en charge de profils complexes ;
- Ouvrir les murs des maisons de repos en permettant aux professionnels de réaliser des activités dans et en dehors de la maison de repos ;
- Définir le modèle de la maison de repos de demain, avec deux hypothèses :
 - o Tendre vers un modèle de MRS fortement médicalisés où les profils indépendants (de type O et A) ne doivent pas se retrouver et où les MR prennent une forme différente (de type résidence service, lieu sécurisé pour les personnes âgées) ;
 - o Maintenir des MR/MRS avec une mixité des profils au sein de ces structures.
- Revoir le financement des profils O et A, et ne plus penser un modèle de financement qui soutient la dépendance plutôt que l'autonomie.

Aujourd'hui, les MR/MRS sont très coûteuses pour les personnes âgées et peu d'aides/interventions sont proposées. Le modèle doit dès lors être revu avec, autour de la table, l'ensemble des acteurs et les principaux concernés, les personnes âgées. Ceci dans l'objectif de définir **une vision partagée** de la prise en charge de la personne âgée. Dans ces réflexions, les acteurs des aides et des soins à domicile doivent être autour de la table.

A la question de savoir si une approche contraignante doit être mise en place, afin de permettre à la personne âgée d'être dans une structure adaptée à son profil, les acteurs du secteur sont partagés. Si cette contrainte doit exister, elle doit être graduelle et permettre, petit à petit, de mettre en place des mesures pour permettre aux mentalités d'évoluer.

Le financement, quant à lui, doit favoriser le maintien en bonne santé. Ceci requiert un suivi de la part des médecins traitants, qui peut suivre les décrochages et les prendre en charge rapidement.



- Investir dans la prévention pour permettre une anticipation, une détection rapide des problèmes chez la personne âgée (l'exemple de la consultation chez le dentiste a été évoquée, permettant un remboursement uniquement si un suivi régulier est effectué) ;
- Sensibiliser davantage les professionnels aux problèmes potentiels de la personne âgée.

In fine, il faut penser la prise en charge de la personne âgée comme **un projet de vie**, qui requiert un minimum d'anticipation pour que celui-ci corresponde aux besoins et aux envies de la personne âgée. L'offre est multiple et doit le rester, elle permet à la personne âgée de choisir ce qui est mieux pour elle.

2.4. Conclusion

Augmenter la qualité des soins en MR/MRS	Soutenir davantage les alternatives à la MR/MRS	Maintenir les personnes âgées à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les liens entre les services gériatriques des hôpitaux et les MR/MRS ; • Revoir le fonctionnement de l'échelle de Katz ; • Redéfinir le modèle de la MR/MRS et mieux réfléchir le profil des personnes en mesure d'intégrer ces structures ; • Définir le modèle de la maison de repos de demain ; • Ouvrir les MR/MRS sur les quartiers ; • Travailler sur la perception des MR/MRS auprès du grand public ; • Revoir les normes d'encadrement ; • Définir un modèle de financement qui soit cohérent avec le plan de soins de la personne âgée 	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le développement des alternatives, notamment celles qui proposent - dans un lieu unique - une offre multiple ; • Soutenir davantage les structures d'accueil et d'hébergement dans leur phase de création. 	
Soutenir le secteur de la prise en charge des personnes âgées		
<ul style="list-style-type: none"> • Définir une vision/ une stratégie commune et partagée au secteur de la prise en charge de la personne âgée ; • Renforcer le rôle et les moyens des professionnels chargés d'orienter les personnes âgées ; • Anticiper davantage la prise en charge de la personne âgée à travers des outils comme le Plan de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA) ; • Créer une base de données complète avec l'ensemble de l'offre à la disposition de la personne âgée ; • Faciliter la transition d'une structure à l'autre ; • Mieux penser l'adéquation entre le profil et la structure ; • Inclure davantage la question de la prise en charge des personnes âgées issues de l'immigration aux réflexions institutionnelles ; • Développer une approche par quartier pour améliorer la communication sur l'offre existante à Bruxelles ; • Investir dans la prévention pour permettre une anticipation, une détection rapide des problèmes chez la personne âgée ; • Sensibiliser davantage les professionnels aux problèmes potentiels de la personne âgée. 		

3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l'enjeu du « double diagnostic »

3.1. Introduction

Nous abordons ici l'enjeu de la prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, cette thématique a fait l'objet d'un atelier de réflexion avec les acteurs du secteur. Nous reprenons ci-dessous les enjeux mis en exergue (I) et les pistes de solution évoquées ().

3.2. Les enjeux et pistes de solution

Les tendances montrent que les gens vivent plus longtemps et, qu'au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, font apparaître un état de santé de plus en plus complexe combinant différentes formes de pathologies.

L'origine de ce constat est multiple. Les acteurs du secteur constatent trop souvent **une prise en charge tardive** de ces personnes âgées. Le vieillissement de la population, l'environnement social parfois limité et une pension régulièrement non suffisante, contribuent également l'apparition de profils complexes. Ces personnes arrivent alors en MR/MRS trop tard, avec des pathologies multiples qui nécessitent un encadrement spécifique.



- Une prise en charge anticipée de ces personnes âgées doit être davantage envisagée, elle est bénéfique à la fois pour la personne concernée mais aussi pour la société ;
- Dans cette approche anticipative, les médecins généralistes ont un rôle essentiel à jouer ;
- La multidisciplinarité, entre les acteurs de la santé, est essentielle pour améliorer la qualité de vie de ces personnes.

Le phénomène de **poly-consultation** joue également un rôle et ne facilite pas la prise en charge de ces personnes. Le référent médical unique n'existe plus, les personnes poly-consultent pour des problèmes mono-organiques et ceci rend difficile la vision globale des spécificités médicales de la personne âgée. Les médecins généralistes n'ont pas le temps de prendre en charge ces personnes âgées, qui nécessitent une prise en charge plus importante que les 15 minutes d'une consultation ordinaire.



- Le gériatre a un rôle essentiel à jouer, il peut disposer d'une prise en charge globale. En revanche, la profession est encore trop peu connue du grand public et est régulièrement connotée négativement ;
- Revaloriser la consultation pour les personnes âgées chez les médecins traitant, pour permettre une consultation adaptée à la personne âgée (financer plus largement ce type de consultation).

L'épuisement des aidants proches constitue également un enjeu. Cela requiert du temps et des investissements de prendre en charge une personne âgée. Les solutions temporaires, permettant aux aidants proches de disposer d'un temps de pause dans l'accompagnement des personnes âgées, ne sont pas suffisamment développées à Bruxelles (centre de soins de jour, centre de jour, etc.). A noter également, que les aidants ne bénéficient pas des mêmes aides en fonction de la mutualité à laquelle ils sont affiliés.



- Développer des aides, des mécanismes de reconnaissance pour les aidants proches qui sont indispensables ;
- Développer davantage les offres de types « court séjour ».

La **connaissance de l'offre** disponible doit être améliorée. Les alternatives telles que les centres de jour sont pertinentes en ce qu'elles permettent à la personne âgée de maintenir une activité. En revanche, ils sont trop peu connus. Le vieillissement n'est pas un thème vendeur sur lequel on communique à tout-va. De même, peu d'acteurs ont une vue holistique sur l'offre à la disposition des personnes âgées.



- Une campagne de communication ciblée sur les aides et l'offre à la disposition des personnes âgées ;
- Une formation spécifique axée sur l'approche de la personne âgée. Cette formation pourrait être proposée aux assistants sociaux, notamment des hôpitaux, qui - avec le vieillissement de la population - seront également davantage confrontés à l'orientation des personnes âgées.

La MR/MRS, telle qu'elle existe aujourd'hui, est un **accélérateur à la perte d'autonomie**. La MR/MRS est « la solution de dernier recours ».



- Le concept de MR/MRS doit être revu et pensé comme un environnement social multigénérationnel, où la personne demeure socialement active, où elle a un rôle à jouer.

Le **personnel** nécessaire et compétent pour la prise en charge de ces personnes manque. Peu de personnes disposent de ce type de compétence, le secteur doit faire face à un déficit de compétence et de formation. Ces formations sont trop largement axées sur les hôpitaux, la filière du vieillissement est trop peu abordée et attractive pour les jeunes.



- L'évolution du secteur montre que les MRS devraient s'alourdir et les MR devenir davantage des résidences. Pour ce faire, il faudrait ouvrir les murs de la MR/MRS et proposer des profils d'encadrement différents (comme des animateurs, des éducateurs par exemple).

La **coordination** entre les acteurs du secteur constitue un enjeu et doit être améliorée. Elle est essentielle mais très complexe. Les accords entre les MR/MRS et les hôpitaux, réglementés par un arrêté royal qui régit les actes de soins gériatriques, spécifie que les hôpitaux doivent disposer de liaisons avec des acteurs externes, notamment des MR/MRS. L'objectif étant que les gériatres puissent se déplacer dans les MR/MRS pour les soutenir. Pour le moment, les effectifs réduits des services gériatriques des hôpitaux rendent cette démarche difficile.



- Renforcer les liens entre les hôpitaux et les MR/MRS (la crise covid a démontré l'importance de ces liaisons) ;
- Renforcer la présence des gériatries dans les MR/MRS, là où les médecins généralistes ont de plus en plus de difficultés à se rendre ;
- Peu d'engouement pour le secteur de la personne âgée chez les jeunes médecins généralistes. Mettre en place un nouvel profil : des généralistes avec une pratique spécialisée en gériatrie ;
- En France, les MR/MRS disposent de gériatre et le télé-avis/ la télécommunication sont développés. Ceci encourage la prise en charge holistique du patient et de ses multiples pathologies ;
- Développer des outils permettant de mieux suivre les personnes âgées, suivre leur dossier et leur état de santé. Ce qui permettrait également de mieux connaître le profil de nos personnes âgées, de monitorer ;
- Définir un référent unique, une personne qui coordonne les informations médicales. Cette personne ne doit pas être le médecin généraliste, qui n'a pas le temps de réaliser ce suivi (ceci introduit la question de la définition du profil du médecin généraliste qui devrait également faire l'objet d'une révision). Cette coordination peut venir d'une structure unique, d'un groupe de coordination. La notion « d'assistant.e. de pratique » a été abordée, disponible au sein des quartiers, pouvant coordonner l'information et orienter les personnes âgées en fonction. Ceci dans l'objectif de renforcer la première ligne, anticiper le vieillissement d'une personne âgée et lui assurer une qualité de vie.

3.3. Conclusion

Augmenter la qualité des soins en MR/MRS	Soutenir davantage les alternatives à la MR/MRS	Maintenir les personnes âgées à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Revoir le concept de MR/MRS pour en faire un environnement social multigénérationnel, où la personne demeure socialement active ; • Ouvrir les murs de la MR/MRS et proposer des profils d'encadrement différents ; • Renforcer les liens entre les hôpitaux et les MR/MRS ; • Renforcer la présence des gériatres dans les MR/MRS ; • Développer le télé-avis/ la télécommunication pour encourager la prise en charge holistique du patient et de ses multiples pathologies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer davantage les offres de types « court séjour ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des aides, des mécanismes de reconnaissance pour les aidants proches qui sont indispensables • Revaloriser la consultation pour les personnes âgées chez les médecins traitant
Soutenir le secteur de la prise en charge des personnes âgées		
<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la prise en charge anticipée des personnes âgées ; • Mener une campagne de communication ciblée sur les aides et l'offre à la disposition des personnes âgées ; • Développer, dans le cursus de formation des assistants sociaux, une formation spécifique axée sur l'approche de la personne âgée ; • Développer des outils permettant de mieux suivre les personnes âgées, suivre leur dossier et leur état de santé (dans une optique de monitoring du profil de la personne âgée) ; • Développer un nouveau profil au sein du secteur : des généralistes avec une pratique spécialisée en gériatrie ; • Définir un référent unique, une personne qui coordonne les informations médicales des personnes âgées. 		

4. L'enjeu du territoire et de l'accessibilité dans la prise en charge des personnes âgées

4.1. L'intérêt d'une approche territoriale

L'intérêt de la mise en place d'une approche territoriale est multiple :

- disposer d'une cartographie des services offerts aux personnes âgées sur le territoire bruxellois ;
- favoriser la transversalité, le décloisonnement entre les différents acteurs (qui aujourd'hui travaillent principalement en silo) ;
- intégrer davantage des valeurs sociales et culturelles ;
- répondre à un besoin d'efficacité et d'efficience dans la prise en charge des personnes âgées. Les besoins des personnes âgées deviennent de plus en plus complexe et nécessitent une prise en charge efficiente et efficace, coordonnée entre les acteurs ;
- penser des centres locaux de services, offrant des services intégrés aux personnes âgées ;
- décloisonner les compétences politiques, la prise en charge des personnes âgées doit être pensée transversalement.

Attention, l'approche territoriale n'a pas une visée administrative mais bien contextuelle.

4.2. Développer une approche territoriale : « la vie idéale dans mon quartier »

Le développement d'une approche territoriale est conditionné à la mise en œuvre de plusieurs actions, ces dernières sont détaillées dans la section suivante. Nous identifions l'action (I), les pistes d'amélioration () et les idées innovantes ()

- Adopter une **approche transversale pour déstigmatiser la personne âgée**. Les difficultés que rencontrent certaines personnes âgées sont également rencontrées par une partie de la population. L'exemple de la fracture numérique est mis en exergue, ceci doit encourager des politiques transversales afin de ne pas "cloisonner" la personne âgée.
 -  ○ ne pas privilégier les politiques en silo, exclusivement axée sur la personne âgée mais penser davantage en transversalité ;
 -  ○ mettre en place, dans les différentes administrations, des Single Point Of Contact permettant à n'importe quel citoyen de faire appel à un service spécifique pour régler un problème qu'il rencontre.

- **Dynamiser et soutenir davantage les acteurs informels** : Certains exemples d'acteurs sont donnés comme, les organes de participation, le réseau non médicalisé (constitué principalement d'initiatives citoyennes) et les aidants proches. L'ensemble de ces acteurs peuvent apporter leur connaissance, leur savoir-faire et leur aide aux personnes qui en ont besoin.

 ○ A noter que, pour ce qui concerne les aidants proches, leur rôle est indispensable et est régulièrement souligné dans la prise en charge des personnes âgées en revanche, ils reçoivent un soutien trop limité.

- **Clarifier l'offre disponible sur le territoire**, permettre aux citoyens de recevoir l'information la plus lisible possible.

 ○ mettre en place des « répertoires chauds », utilisables dans les quartiers sur base desquels les réseaux informels peuvent se constituer. Ce document ne constitue pas uniquement une liste d'adresse avec l'ensemble de l'offre disponible sur le territoire mais permet d'identifier également ce que contiennent ces différentes structures et la manière dont elles peuvent répondre aux besoins de la population ;

 ○ renforcer la proactivité des différents acteurs, aller davantage vers le citoyen.

- **Clarifier le paysage institutionnel**. Les acteurs institutionnels sont nombreux et ne facilitent pas la visibilité de l'offre. Il faut davantage repartir du territoire pour clarifier ce qui y existe. C'est également un des enjeux du Plan Social Santé intégré qui vise à mettre au centre de la coordination locale, les coordinations sociales des CPAS. Les CPAS vont donc être amenés à jouer un rôle majeur dans la coordination territoriale de l'offre sociale - santé.

Cette approche de coordination locale va également permettre :

- d'harmoniser les pratiques ;

 ○ de déstigmatiser les personnes âgées. En effet, un tel outil s'adresse à l'ensemble des bruxellois (approche inclusive de la population) et porte sur diverses thématiques qui ont trait à la santé et au social ;

- de tendre vers davantage de transversalité entre les acteurs du secteur.

- Mettre en place **un acteur de proximité**, proche des citoyens à l'échelle du territoire/ des quartiers. Cet acteur serait en mesure de comprendre les besoins de la personne, de les reformuler si nécessaire (les personnes âgées, par exemple, n'expriment pas toujours le bon besoin), et d'y répondre en ayant une vue transversale sur l'offre disponible sur le territoire.

 ○ Un acteur de terrain pour ouvrir les quartiers.

- **Renforcer la coordination** entre les acteurs, visant une meilleure intégration des soins et des collaborations multidisciplinaires.
 -  ○ Renforcer la coordination entre les acteurs de premières lignes (médecins, spécialistes, pharmaciens) afin d'assurer un suivi transversal et cohérent de la personne âgée. Ceci également dans l'optique de répondre à un problème de polymédication, qui constitue un enjeu important chez les personnes âgées.
- **Identifier le profil des personnes âgées (médical, social, économique) de demain et leurs besoins** afin de développer une approche professionnelle et adaptée des soins proposés. La question de la multiculturalité chez les personnes âgées devra également être abordée ces prochaines années, à l'heure actuelle, aucun acteur bruxellois n'a pris en charge cet enjeu.
- Poser les bases **d'une ville de proximité**, où les citoyens peuvent avoir à leur disposition et à proximité l'ensemble des services nécessaires.
- **Revoir les modalités de fonctionnement** des MR/MRS :
 -  ○ les MR/MRS doivent se diversifier en interne, offrir différents panels d'hébergement. Ceci dans l'objectif de répondre aux besoins des prochaines générations au sein desquels les exigences, notamment en termes de participation interne, sont plus importantes ;
 -  ○ ouvrir les MR/MRS sur les quartiers, la MR/MRS se transforme alors en un centre de services et s'ouvre vers l'extérieur. Pour permettre à la MR de proposer des services en dehors de sa zone immédiate, des freins légaux sont à solutionner en amont. Si la volonté est dès lors de changer le modèle, de revoir le fonctionnement même des MR/MRS, il sera indispensable de changer le cadre réglementaire.

Des initiatives ont déjà été adoptées, visant à tendre vers la mise en œuvre d'une approche territoriale. Citons notamment : le Plan Social Santé intégré, Brusano en tant que service de coordination et d'appui à la première ligne et soins, ou encore, les projets pilotes initiés par l'Observatoire du Santé et du Social qui vise une approche par quartier.

4.3. Conclusion : comment aboutir à cette approche territoriale ?

Les **différentes étapes** pour y parvenir ont également été évoquées :

- créer une cartographie de l'offre existante en permettant également que cette offre soit : 1) accessible à tous, 2) corresponde aux besoins des citoyens ;

- anticiper/ identifier les besoins émergents et les formaliser. Pour ce faire, il est indispensable de mettre autour de la table l'ensemble des acteurs du secteur en tant compte d'une difficulté : la multiplicité des autorités publiques compétentes sur la question. Ceci dans l'optique d'adopter une vision transversale en vue de définir une approche territoriale ;
- élargir le périmètre des thématiques habituellement abordées et inclure, dans la dynamique créée, des urbanistes, des architectes, des experts sur les questions de sécurité, afin d'encourager la qualité de vie dans un quartier ;
- travailler sur des soins orientés sur le patient et sur ses besoins, il est essentiel de garder au centre des débats le patient et ses besoins.
- privilégier la concertation entre l'ensemble des parties prenantes.

Un frein majeur a été mis en exergue par les acteurs de terrain. Il s'agit de l'organisation/ la structure institutionnelle complexe en matière de soins de santé. Les acteurs compétents sont nombreux et ne facilitent pas la mise en place d'une approche transversale. C'est une des raisons pour lesquelles la mise en œuvre d'une approche territorial prend tout son sens. Repartir du territoire pour déployer un dispositif social santé intégré et transversal sera un des moyens pour contourner ce frein.

PARTIE VII: SCENARIOS DE DEVELOPPEMENT DE L'OFFRE D'HERBERGEMENT

TABLE DES MATIERES

1.	Les scénarios de développement de l'offre d'hébergement.....	135
1.1.	Introduction	135
1.2.	Les scénarios potentiels	136
1.2.1.	Scénario 1 - « La fin d'un cycle »	136
1.2.2.	Scénario 2 - « Priorité à l'hébergement ».....	140
1.2.3.	Scénario 3 - « Home safe home »	144
1.2.4.	Scénario 4 - « La crise du modèle d'hébergement »	148
1.3.	Le scénario souhaitable - « Hybridation de la prise en charge »	151
1.4.	Descriptif des hypothèses financières reprises dans les différents scénarios.....	157
1.4.1.	Indicateur 1 : le nombre de places et son coût	158
1.4.1.1.	Le nombre de places occupées	158
1.4.1.2.	Le coût moyen	159
1.4.2.	Indicateur 2 : le surcoût d'une revue des normes	160
1.4.2.1.	Revalorisation des normes	160
1.4.2.2.	Barèmes IFIC	160
1.4.3.	Indicateur 3 : le montant et la répartition des subsides infrastructures	161
1.4.4.	Indicateur 4 : le financement des alternatives.....	161
1.4.4.1.	Financement structurel.....	162
1.4.4.2.	Financement à la construction	163
1.4.5.	Indicateur 5 : l'évolution du contingent des aides familiaux et les aides ménagers des services d'aide à domicile agréées par la COCOM.	163
2.	Tableau récapitulatif des scénarios	165
3.	Conclusion	169
3.1.	Le choix du scénario « hybridation de la prise en charge », futur souhaitable.....	169
3.2.	Projection démographique et programmation	174
3.3.	Recommandations	178
3.3.1.	Recommandations transversales	178
3.3.2.	Recommandations pour le scénario idéal	187

1. Les scénarios de développement de l'offre d'hébergement

1.1. Introduction

Les scénarios, présentés dans la section suivante, sont une combinaison d'hypothèses d'évolution de l'offre d'hébergement en Région bruxelloise. Ces hypothèses d'évolution sont construites autour de dix variables clés :

- la **démographie** : évolution de la taille de la population âgée bruxelloise ;
- le **nombre de lits** : nombre de lits au sein des structures d'hébergement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins à Bruxelles ;
- le **profil des résidents** : caractéristiques des personnes âgées ;
- la **structure** : répartition sectorielle des parts de marché (public, privé, associatif) ;
- le **cadre normatif** : encadrement législatif autour des structures d'hébergement pour personnes âgées ;
- la **culture** : multiculturalité et hétérogénéité de la nationalité des personnes âgées bruxelloises ;
- les **alternatives** : existence de lieux de vie alternatifs à la maison de repos/ maisons de repos et de soins ;
- l'**accessibilité** : possibilité d'accéder aisément à l'offre d'hébergement et d'accueil ;
- la **main-d'œuvre** : équipe encadrant les personnes âgées dans les structures d'accueil et d'hébergement ;
- l'**institutionnel** : organisation de la prise en charge à mettre en place par les acteurs institutionnels.

Ces variables ont été identifiées au sein de l'analyse PESTEL et ont été complétées lors des discussions collectives initiées avec les acteurs du secteur. Ces variables exercent, ou sont susceptibles d'exercer, une influence sur l'offre d'hébergement.

Une fois ces variables identifiées, il a été question d'analyser la manière dont elles peuvent évoluer à l'avenir. Pour ce faire, nous avons procédé en deux temps :

- une analyse rétrospective pour identifier la manière dont les variables ont évolué ces dix dernières années ;
- une réflexion collective avec les acteurs du secteur autour des hypothèses d'évolution future de ces différentes variables à l'horizon 2030.

Sur base de ces variables, quatre scénarios ont été construits. Chaque scénario constitue un futur possible :

- le scénario 1, intitulé « la fin du cycle », est le scénario tendanciel reprenant les hypothèses tendanciennes des variables, c'est-à-dire une projection des variables qui évoluent comme par le passé ;
- le scénario 2, intitulé « priorité à l'hébergement », est le scénario qui favorise les solutions d'hébergement résidentiel de type MR/MRS et leur évolution ;
- le scénario 3, intitulé « home safe home », est quant à lui dédié au maintien à domicile ;
- le scénario 4, intitulé « crise du modèle d'hébergement », intègre une crise importante du modèle actuel de l'hébergement résidentiel de type MR/MRS ;

- le scénario souhaitable, intitulé « hybridation de la prise en charge », propose un modèle d'hébergement mixte, combinant à la fois MR/MRS, maintien à domicile et alternative.

Chaque scénario est accompagné d'une estimation financière, afin de disposer d'une appréciation du coût engendré par la mise en œuvre du scénario.

1.2. Les scénarios potentiels

1.2.1. Scénario 1 - « La fin d'un cycle »

Variables	Hypothèses d'évolution
Démographie	Augmentation de la population bruxelloise et du nombre de personnes âgées à l'horizon 2070
Nombre de lits	De 11.500 à 16.700 lits au sein des MR/MRS
Profil des résidents	Des personnes âgées de plus en plus dépendantes
Structure	Un secteur marqué par la présence du secteur privé, où une disparition des petites structures au profit des plus grandes est observée
Cadre normatif	Des normes qui évoluent progressivement
Culture	La multiculturalité chez les personnes âgées en hausse
Alternatives	Des alternatives peu soutenues
Accessibilité	Des structures peu accessibles pour une part significative de la population bruxelloise
Main-d'œuvre	Une pénurie de personnel de soins à compenser
Institutionnel	La maison de repos comme forteresse, un modèle à revoir

Dans ce scénario, la démographie bruxelloise évolue conformément aux projections du Bureau du Plan¹. D'ici 2070, la population bruxelloise âgée de 65 ans et plus augmentera de 57,81% (croissance moyenne annuelle de 4,67%). Pour offrir à ces personnes une prise en charge adaptée et de disposer d'une place en maison de repos, le nombre de places dont dispose la Région bruxelloise devra être augmenté. Si en juin 2021, la Région compte approximativement 11.300 lits utilisés, elle devrait avoir, à l'horizon 2030, approximativement 11.500 lits occupés². Ce nombre ne fera qu'augmenter au fil des ans pour atteindre entre 14.000 et 14.600 lits occupés à l'horizon 2040 ou encore, entre 16.600 et 17.500 lits à l'horizon 2050. Dans ce cas de figure, la Région devra prévoir des moyens financiers conséquents pour financer l'ensemble de ces lits. Cette évolution considère une répartition identique entre 2020 et 2050 de la personne âgée dans les différents hébergements (à savoir maison de repos, alternative et domicile).

Ces lits seront principalement occupés par des résidents avec un profil de dépendance élevé. En effet, l'augmentation aujourd'hui observée du nombre de résidents avec un profil de dépendance élevé se confirmera ces prochaines années. Une chute importante a été déjà observée entre 2020 et 2021 (moins 673 lits pour les profils O et A). Parmi ceux-ci, la proportion des résidents présentant des troubles psychologiques et sociaux ou des dépendances totales sera de plus en plus conséquente. Dans cette perspective, l'encadrement au sein des maisons de repos devra être renforcé pour assurer la qualité de la prise en charge de la personne âgée. Le profil des résidents se marquera par une autre évolution ces prochaines années : celle de la

¹ Actualisation du 8/2/2022

² Voir chapitre « 1.4.1. le nombre de place »

multiculturalité. Une hausse du nombre de personnes âgées d'origine étrangère sera observée, mais ne sera, dans ce scénario, que peu prise en compte.

Dans ce cadre, la maison de repos demeure le modèle dominant et les alternatives, qui coexistent à côté des maisons de repos, ne sont pas ou peu soutenues. La fragmentation du marché des maisons de repos continue de s'accroître avec un secteur marqué par la présence des acteurs privés, où la disparition des petites structures est observée, au bénéfice des plus grandes. Les causes de cette disparition sont multiples. Le renforcement des normes (architecturale et d'encadrement) est régulièrement épinglé comme une cause principale.

Ces normes d'encadrement qui, au sein de ce scénario, évoluent progressivement. Conscients des enjeux et des problématiques sous-jacentes à ces normes, les pouvoirs publics entament une réflexion en vue d'adapter ces normes peu flexibles qui ne permettent plus aux maisons de repos de disposer des professionnels nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées qui, comme nous l'avons souligné précédemment, se complexifient. Cette réflexion tend à améliorer le financement des maisons de repos.

Ce modèle pèse à la fois sur les maisons de repos, mais également sur les personnes âgées. Une tranche de la population âgée bruxelloise n'est plus en mesure de s'offrir une place en maison de repos. En adéquation avec l'évolution du profil socioéconomique de la personne âgée bruxelloise³, le coût de l'hébergement au sein des maisons de repos continue d'augmenter alors que la population âgée devient, quant à elle, de moins en moins favorisée socioéconomiquement, cette évolution imaginée dans ce scénario amène un frein à l'accueil des personnes âgées. D'autant que les maisons de repos, face aux coûts de construction et de transformation, ne sont plus en mesure d'offrir des coûts d'hébergement bas d'autant plus que le nombre de lits « vides » (soit le nombre de lits inoccupés alors qu'agréés) pèse également dans certaines maisons de repos sur la rentabilité des institutions. Les lits non-utilisés ou les lits en « portefeuille » engendrent un manque à gagner pour certaines structures.

La question de l'accessibilité du modèle ne se pose pas uniquement du point de vue financier : l'image du secteur est également un élément à prendre en compte. Un nombre croissant de personnes âgées s'interrogent sur le modèle de la maison de repos. Ces dernières sont considérées par certains comme un accélérateur à la perte d'autonomie, un endroit dont l'irréversibilité est questionnée et où les personnes âgées ne se sentent pas vraiment chez elles. Si le modèle de la maison de repos, tel que décrit dans ce scénario, est peu attractif pour la personne âgée, il l'est tout autant pour les professionnels du secteur. Dans ce scénario, les professionnels de la santé continuent à privilégier d'autres structures, comme les hôpitaux et le domicile, pour exercer leurs fonctions.

Ce dernier constat est un des facteurs qui explique la pénurie de personnel de soins. En situation critique depuis plusieurs années, cette pénurie relative surtout marquée pour les infirmières ne fera que s'exacerber, entraînant des risques pour le secteur de la santé. Cette pénurie se marque par une difficulté à trouver certaines compétences et de formations. Les défis du travail dans le secteur des soins ne pourront être solutionnés sur le court terme, mais il convient à *minima* d'envisager des pistes de solution comme, par exemple :

- la mise en œuvre d'alternative à la prise en charge des soins (délégation des soins, accès à la profession, ...)

³ Voir analyse PESTEL.

- un renforcement des normes d'encadrement dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins par la mise à disposition, de la personne âgée, du personnel formé. Cette évolution modérée pourrait prendre la forme d'une augmentation du personnel de réactivation.

Dans ce scénario, le modèle de la maison de repos arrive à bout de souffle. La fermeture de la maison de repos sur elle-même se renforce, ne privilégiant pas une ouverture sur le quartier permettant de garder les personnes âgées dans un environnement multigénérationnel et socialement actif au sein duquel elles peuvent jouer un rôle. Ce modèle, peu viable sur le long terme, doit être revu pour offrir aux personnes âgées un véritable lieu de vie.

Dans ce scénario, le budget d'Iriscare sera à l'horizon 2030 de 404,97 millions d'euros dont le financement de 12.000 lits.

Indicateur	Perspective 2030	Scénario tendanciel - Fin de cycle/ de la logique
1.1	Place en Maison de repos	12000
		<i>Il s'agit de suivre la tendance haute du BP.</i>
1.2	Cout des places	350 412 000 €
		<i>Le cout de 2020 est indexé selon les variables historiques et il est ajusté par rapport aux nombres de places.</i>
2	Cout supplémentaire des normes	32 926 020 €
2.1	dont revalorisation des normes	11 480 700 €
2.2	dont barèmes IFIC	21 445 320 €
		<i>Nous intégrons un cout supplémentaire afin d'améliorer le financement et la prise en charge. Nous intégrons également les couts de l'implémentation des barèmes IFIC</i>
3	Subsides Infrastructures (dont APP)	8 317 650 €
		<i>Nous intégrons le budget infrastructure et AAP d'Iriscare (indexé).</i>
	Répartition entre MR/alternative/domicile	0,8/0,1/0,1
		<i>Selon le scénario, nous identifions une répartition du subsidie (hors partie AAP qui est directement lié aux alternatives) selon la clé ci-dessus pour les 3 secteurs. Ci-dessous, le montant attribué à chaque secteur.</i>
	Montant pour MR	6 279 240 €
4.1	Montant pour alternative	1 253 505 €
	Montant pour domicile	784 905 €
		<i>Nous considérons que le montant pour le secteur des maisons de repos doit permettre la rénovation des bâtiments. le secteur des alternatives accumulé durant 10 ans permettra la construction de places en alternative. le secteur domicile doit permettre améliorer la coordination des services et sa structuration.</i>
4.2	Financement structurel pour alternative	- €
	Places créées "alternatives"	220 places en 10 ans
		<i>Nous estimons le nombre de places créées grâce aux subsides octroyés. Ceci n'empêche pas la création de structures non-agrèées.</i>
5	Contingent "aide à domicile"	13 320 000 €
		<i>Il s'agit du montant relatif au contingent qui est d'une part indexé et d'autre part augmenté selon l'ambition du scénario (voir évolution ci-dessous)</i>
	évolution du contingent en 10 ans	20%
	Personnes aidées supplémentaires	312
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues complémentaiement au contingent initial (selon l'évolution du contingent).</i>
	Personnes aidées initialement	(1561)
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues par le contingent initial</i>
	Montant total	404 975 670 €
	Personnes soutenues	12532

Nous estimons le budget annuel d'IrisCare à l'horizon 2030 ainsi que le nombre de personnes âgées soutenues.

Coût Iriscare	€ € € €
Coût pour le patient	€ € € €
Accessibilité de la prise en charge	🔒 🔒 🔒
Evolution des normes	⚖️ ⚖️ ⚖️

Nb : les icônes ci-dessus représentent une échelle d'intensité.
 Le coût Iriscare : représente le coût en termes de budget pour Iriscare.
 Le coût pour le patient : estime le coût pris en charge par le patient.
 L'accessibilité : représente l'effet du scénario sur l'accessibilité des services pour le plus grand nombre
 L'évolution des normes : représente l'intensité du changement du cadre organisationnel du secteur.

1.2.2. Scénario 2 - « Priorité à l'hébergement »

Variables	Hypothèses d'évolution
Démographie	Augmentation du nombre de personnes âgées, dépassant largement les projections réalisées par le BDP
Nombre de lits	Augmentation du nombre de lits au sein des MR/MRS (plus de 18.000 lits en 2050)
Profil des résidents	La prise en charge exclusive des profils lourds versus la mixité au sein des MR/MRS
Structure	Une consolidation du secteur à la hausse
Cadre normatif	Un rééquilibrage des normes
Culture	La notion de culture prise en charge au sein des MR/MRS
Alternatives	Des structures qui proposent des offres "très maison de repos"
Accessibilité	Le secteur des MR en position de quasi-monopole
Main-d'œuvre	Assouplir les normes pour répondre à la pénurie de personnel de soins
Institutionnel	Un modèle unique privilégié

⚠ Le scénario 2 « priorité à l'hébergement » se distingue du premier scénario « la fin d'un cycle » du fait que, contrairement au premier scénario, celui-ci ne prévoit pas de soutien spécifique pour le maintien à domicile et les alternatives. Dans ce scénario, les structures résidentielles traditionnelles sont considérées comme l'unique possibilité.

En Région bruxelloise, le nombre de personnes âgées augmentera fortement ces prochaines années, dépassant les projections réalisées par le Bureau du Plan. Cette augmentation sera marquée à la fois par une croissance du nombre de personnes âgées de « 85 ans et plus », mais également par des profils de plus en plus complexes à prendre en charge (degré de dépendance élevée, troubles cognitifs majeurs, présentant plusieurs défaillances physiques et mentales (« double diagnostic »). Ces évolutions, combinées à l'augmentation de l'espérance de vie, entraîneront un besoin de soins toujours plus important.

Pour faire face à cette augmentation importante du nombre de personnes âgées (évolution démographique) et intégrer davantage les structures résidentielles, il conviendra d'adapter le modèle afin de leur assurer une qualité de soins suffisante. Dans ce scénario, deux modèles d'évolution sont envisagés :

- **Modèle 1** : le nombre de lits en maison de repos devra considérablement augmenter pour atteindre, à l'horizon 2050, environ 18.000 lits. Dans ce modèle, la mixité des profils au sein des MR/MRS est maintenue ceci dans l'objectif d'offrir aux résidents une qualité de vie, un environnement agréable et ne pas faire de la MRS une forteresse médicalisée. Ce modèle reste une hypothèse plausible si nous considérons que les lits « en portefeuille » sont occupés. Ceci nécessite que la Région prévoie des moyens financiers conséquents pour financer l'ensemble de ces lits. Cette augmentation du nombre de lits se marquera davantage au sein des maisons de repos et de soins, et ce pour répondre au mieux aux besoins émergents des personnes âgées. En effet, dans ce modèle, le vieillissement de la population conduira à une augmentation du nombre de

personnes âgées dépendantes nécessitant des modalités de prises en charge adaptées à leurs besoins.

À titre d'exemple le montant supplémentaire à charge d'Iriscare à l'horizon 2050 (en considérant des variables identiques) est de 100 millions € pour passer de 15.000 à 18.000 places.

- **Modèle 2** : afin de contrer la croissance de l'institutionnalisation des personnes âgées, le modèle va tendre vers des maisons de repos et de soins qui seront fortement médicalisées où les profils indépendants selon l'échelle de Katz (de type O et A) ne peuvent se retrouver que dans une portion très limitée. À côté de ces maisons de repos et de soins coexistent des structures sous une forme différente, plus innovante (de type appartement/kot pour personnes âgées par exemple).

À titre d'exemple le montant économisé par Iriscare à l'horizon 2050 (en considérant des variables identiques) pour le retrait de 1.750 places O (MR) et 1.750 places A (MR) est de 36 millions €. Les 3.500 places représentent le nombre actuel de places en maison de repos des profils O⁴ et A. Si on se projette en 2050, on peut décemment penser que le nombre des profils O et A augmentera également au sein des institutions à approximativement 4.200 places (sur 18.000) ce qui représenterait une économie de 43 millions.

Ce second modèle aurait comme conséquence d'obliger les profils O et A à trouver ou à rester dans un domicile traditionnel ou dans un autre type de structures pour les personnes avec des troubles cognitifs ainsi que les cas dits psychiatriques et les personnes avec « dépendance sociale » alors que le coût des logements n'a jamais été aussi haut à Bruxelles. Ce modèle semble doublement complexe à réaliser dans la mesure où la crise du logement frappe Bruxelles et que les profils O et A cachent également des profils très complexes non considérés par l'échelle de Katz.

Dans ce scénario, les structures résidentielles MR/MRS sont essentiellement privilégiées, elles se développent et intègrent la demande selon un des deux modèles proposés. À côté de ces structures résidentielles, les alternatives sont peu nombreuses et peu soutenues. Cette prédominance des structures résidentielles engendrera une consolidation à la hausse du secteur. En effet, les structures de petite taille vont continuer de disparaître, au profit des plus grosses structures en mesure d'assurer les coûts et les exigences réglementaires sous-jacents à l'activité. Le secteur continuera d'être dominé par des acteurs privés. Un débat autour du partage des parts du marché entre les différents secteurs existe, mais ne doit pas cristalliser les discussions. Pour contrecarrer ce phénomène, une programmation sectorielle pourrait être envisagée, sur le modèle de la Wallonie. En Flandre, par contre, il est observé une répartition très faible du secteur privé commercial (soit +/- 14%).

Pour assurer une qualité de vie et une qualité des soins, les normes sont rééquilibrées permettant de disposer au sein des établissements du personnel nécessaire à la prise en charge des résidents. Ce rééquilibrage doit se baser sur les besoins réels des personnes âgées. Il sera dès lors nécessaire de passer par une analyse approfondie du profil de la personne âgée, en identifiant ses besoins (médicaux, économiques et sociaux). Ensuite, il sera question de mener

⁴ Actuellement, les profils O et A représentent 30,6% des places en maison de repos et le budget consacré par Iriscare pour ces lits ne représente que 9% des dépenses.

une réflexion sur le type de profil professionnel pertinent à avoir au sein des établissements résidentiels pour répondre aux besoins identifiés.

À titre d'exemple, le basculement des lits actuels MR⁵ vers MRS engendrerait une augmentation approximative de 22 millions à l'horizon 2030 (B,C, Cd)

Dans ce scénario où les établissements résidentiels sont privilégiés, le pouvoir public sera contraint d'augmenter son intervention financière afin d'offrir un lieu de vie décent à ses aînés du fait qu'il n'y a pas ou peu d'alternatives aux personnes âgées. Cette discordance entre le prix des maisons de repos et les revenus de la plupart des Bruxellois est exacerbée dans ce scénario et oblige Iriscare à intervenir, car ces derniers ne seront pas en mesure de se retourner vers une alternative étant donné que celles-ci ne seront que peu nombreuses sur le territoire de la Région. Le surcoût, qui est le résultat de ces deux phénomènes, devra être pris en charge soit par les CPAS soit par Iriscare. Dans les deux cas de figure, la solidarité des Bruxellois sera mobilisée.

L'accessibilité ne sera pas le seul enjeu de ce scénario résidentiel. En effet, la problématique de la pénurie de personnel de soins sera exacerbée et ne pourra être partiellement résolue que par l'assouplissement des normes. Comme souligné précédemment, cet assouplissement passera par l'évaluation pointue des besoins des personnes âgées et une identification des profils de professionnels nécessaires pour répondre à ces besoins. Ce sera l'occasion d'ouvrir la maison de repos à une polyvalence des qualifications (éducateurs, assistants logistiques, etc.). Dans ces réflexions, la mise en œuvre systématique d'une assistance logistique et administrative au sein des MR/MRS est à investiguer. Celle-ci permettrait aux personnels soignants de disposer de temps supplémentaire pour non pas effectuer des tâches logistiques, mais passer davantage de temps avec les personnes âgées.

Dans ce scénario, un acteur unique est identifié : le secteur du résidentiel. La priorité est donc mise sur l'hébergement résidentiel « classique ».

Dans ce scénario, le budget d'Iriscare sera à l'horizon 2030 de 507,35 millions d'euros dont le financement de 15.000 lits.

⁵ Soit 871 lits B, soit 485 lits C et 923 lits Cd.

Indicateur	Perspective 2030	Scénario résidentiel - Priorité à l'hébergement
1.1	Place en Maison de repos	15000
		<i>Il s'agit de surestimer la projection du BP.</i>
1.2	Cout des places	438 015 000 €
		<i>Le cout est estimé selon le nombre de places et selon les couts historiques. Afin de contrer l'augmentation des places, le transfert des lits O et A (soit 4.500 places) vers d'autres structures permettrait de réduire le cout de 33 millions.</i>
2	Cout supplémentaire des normes	48 806 650 €
2.1	dont revalorisation des normes	22 000 000 €
2.2	dont barèmes IFIC	26 806 650 €
		<i>Nous intégrons un cout supplémentaire afin d'améliorer la prise en charge via un transfert des lits MR vers MRS. Nous intégrons également les couts de l'implémentation des barèmes IFIC</i>
3	Subsides Infrastructures (dont APP)	8 317 650 €
		<i>Nous intégrons le budget infrastructure et AAP d'Iriscare (indexé).</i>
	Répartition entre MR/alternative/domicile	0,9/0,05/0,05
		<i>Selon le scénario, nous identifions une répartition du subsidie (hors partie AAP qui est directement lié aux alternatives) selon la clé ci-dessus pour les 3 secteurs. Ci-dessous, le montant attribué à chaque secteur.</i>
	Montant pour MR	7 064 145 €
4.1	Montant pour alternative	861 053 €
	Montant pour domicile	392 453 €
		<i>Nous considérons que le montant pour le secteur des maisons de repos doit permettre la rénovation des bâtiments. le secteur des alternatives accumulé durant 10 ans permettra la construction de places en alternative. le secteur domicile doit permettre améliorer la coordination des services et sa structuration.</i>
4.2	Financement structurel pour alternative	- €
	Places créées "alternatives"	151 places
		<i>Nous estimons le nombre de places créées grâce aux subsides octroyés. Ceci n'empêche pas la création de structures non-agrées.</i>
5	Contingent "aide à domicile"	12 210 000 €
		<i>Il s'agit du montant relatif au contingent qui est d'une part indexé et d'autre part augmenté selon l'ambition du scénario (voir évolution ci-dessous)</i>
	évolution du contingent en 10 ans	10%
	Personnes aidées supplémentaires	156
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues complémentaiement au contingent initial (selon l'évolution du contingent).</i>
	Personnes aidées initialement	(1561)
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues par le contingent initial</i>
	Montant total	507 349 300 €
	Personnes soutenues	15307

Nous estimons le budget annuel d'Iriscare à l'horizon 2030 ainsi que le nombre de personnes âgées soutenues.

Coût Iriscare	€ € € € €
Coût pour le patient	€ € €
Accessibilité de la prise en charge	🔒 🔒 🔒 🔒
Evolution des normes	⚖️ ⚖️ ⚖️ ⚖️

Nb : les icônes ci-dessus représentent une échelle d'intensité.
 Le coût Iriscare : représente le coût en termes de budget pour Iriscare.
 Le coût pour le patient : estime le coût pris en charge par le patient.
 L'accessibilité : représente l'effet du scénario sur l'accessibilité des services pour le plus grand nombre
 L'évolution des normes : représente l'intensité du changement du cadre organisationnel du secteur.

1.2.3. Scénario 3 - « Home safe home »

Variables	Hypothèses d'évolution
Démographie	Augmentation du nombre de personnes âgées, en cohérence avec les projections réalisées par le BDP
Nombre de lits	Stabilisation à 11.500 lits au sein des MR/MRS
Profil des résidents	Des personnes âgées autonomes faisant le choix du rester chez elles
Structure	Une réduction des structures résidentielles au profit des soins à domicile
Cadre normatif	Revoir le contingent à la hausse
Culture	Des soins adaptés à la culture
Alternatives	Des structures qui offrent une "palette de services"
Accessibilité	Renforcer les moyens et coordonner
Main-d'œuvre	Transfert du personnel de la maison de repos vers d'autres secteurs
Institutionnel	Une coordination entre les acteurs de terrain

Dans ce scénario, le nombre de personnes âgées sur le territoire bruxellois augmentera ces prochaines années, dépassant faiblement les projections démographiques annoncées par le Bureau du Plan. Le modèle de la maison de repos est dépassé et n'est plus attractif pour les personnes âgées. Celles-ci expriment davantage le souhait de rester chez elle, dans leur domicile. Les services d'aides et d'accompagnement à domicile seront dès lors renforcés pour répondre à une demande grandissante, mais aussi également pour répondre à des besoins de soins plus importants et plus complexes.

Dans ce scénario, où les pouvoirs publics décident d'investir majoritairement dans les services de soins et d'accompagnement à domicile, le besoin de lits en maison de repos est bien moindre. Nous estimons qu'il sera nécessaire de maintenir, sur le long terme, entre 11.500 (qui est le nombre approximatif de lits MR/MRS occupés en 2021) et 15.000 lits. Si le nombre de lits nécessaires diminue, le contingent d'heures de prestation admises à la subvention doit être impérativement revu à la hausse. Cette révision passe par :

1. une augmentation du contingent. Deux options sont à investiguer : soit les acteurs publics optent pour une augmentation du contingent dans son ensemble, soit ils privilégient une augmentation du contingent pour certains types de services ;
2. davantage de flexibilité à travers la mise en place d'un contingent composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Ceci dans l'objectif de permettre aux professionnels du secteur de mieux anticiper et planifier les soins octroyés aux personnes âgées.

À court terme, l'augmentation du contingent représentera un surcoût pour Iriscare ainsi que pour les services de coordination, pour les aides familiales, mais ce scénario engendra également, pour le pouvoir public fédéral, un surcoût relatif aux frais des soins infirmiers (cette partie n'est pas évaluée dans l'analyse). À l'horizon 2030, une augmentation du contingent de 10% occasionnerait un surcoût de 1.100.000€ pour Iriscare. Dans la perspective « Home safe

home » nous considérons une évolution du contingent de 30% en 10 ans et nous affectons également une partie des subsides « infrastructure » à des projets de coordination ainsi que des projets visant le soutien à la création de nouvelles structures de soins. Nous proposons un véritable basculement des dépenses vers les acteurs du maintien à domicile, ce basculement - s'il est souhaité par Iriscare - devra également être validé, exécuté et financé par la COCOF qui dispose du contingent dans ses compétences. Dans ces réflexions sur le contingent, le système de remboursement des soins devra également être revu afin de mettre un terme à la course aux soins et de contrecarrer la concurrence entre les soins à domicile et les soins en hôpitaux. Une réflexion devra être portée sur l'état actuel de la répartition des compétences avec les accords entre le fédéral et la Région.

Revoir le contingent des aides à domicile permettra aux personnes âgées, en mesure de rester à domicile et qui en expriment le souhait, de rester chez elles tout en bénéficiant de l'aide adéquate. En revanche, les personnes âgées qui choisissent de rester vivre à domicile devront toujours être en mesure de vivre seules et de satisfaire par elles-mêmes à certains de leurs besoins (se nourrir, s'hydrater, maintenir une bonne hygiène de vie, etc.). Cela favorisera les profils O et A de rester à domicile, ces profils représentent approximativement 3.500 lits au sein des MR/MRS mais cachent des troubles parfois importants qui obligera une supervision même à domicile. Dans ce modèle, il sera indispensable de créer une coordination et un suivi optimal des personnes âgées vivant à domicile. Ceci afin :

- de s'assurer que la personne âgée est bien en mesure de rester chez elle, que son état ne se dégrade pas trop rapidement et de ne pas arriver trop tardivement dans des structures d'hébergement,
- d'adapter l'offre de service à domicile à la demande et aux besoins des personnes âgées.

Dans ce modèle, le renforcement du maintien à domicile nécessite de penser le secteur de manière intersectorielle, afin de favoriser la coordination et les interactions entre les différents corps de métiers. Dans ce secteur où acteurs privés et publics sont nombreux et coexistent, il sera pertinent de formaliser davantage cette coexistence avec :

- un système public, soutenu par les pouvoirs publics, cohérent. Avec des subsides et un cadre normatif lisible ;
- un système privé, qui fonctionne de manière autonome, en confiance avec les pouvoirs publics.

Ces deux systèmes doivent être intégrés, complémentaires et accompagnés d'une assurance qualité. Cette coordination renforcée entre les acteurs du secteur est également essentielle pour améliorer la prévention et permettre aux acteurs du secteur d'anticiper la dégradation de la vulnérabilité de la personne âgée lorsque celle-ci reste à domicile.

Cet enjeu de coordination du secteur est couplé à celui de la visibilité de l'offre afin d'améliorer l'accessibilité à des soins adaptés et de qualité pour tous. Cet enjeu est d'autant plus criant que la fragmentation des services d'aide à domicile est présente à Bruxelles (VG-COCOM-COCOF) sans parler des soins qui reste à ce jour une compétence fédérale. Ce secteur est donc un secteur fortement morcelé, au détriment de la personne âgée. Dans ce scénario, une meilleure structuration des services et des soins est à mettre en place au travers :

- la définition d'une stratégie commune et partagée afin de mieux conseiller et accompagner la personne âgée dans son évolution ;
- la fusion/ le regroupement de petits services/structures afin de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer la lisibilité du secteur.

Au-delà de son morcellement, le secteur des soins à domicile se caractérise également par une main-d'œuvre peu qualifiée avec un taux d'ancienneté assez important. Pour faire face à une demande grandissante et apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées, le secteur doit renforcer sa main-d'œuvre et anticiper le départ à la retraite de ses professionnels. Pour faire face à cet enjeu, il est indispensable de travailler sur :

- l'attractivité du secteur de prise en charge de la personne âgée ;
- la concurrence qui existe aujourd'hui entre le secteur de la personne âgée et le secteur hospitalier. Cette concurrence a un impact sur la pénurie de personnel de soins.

Au-delà de ces actions, il semble indispensable de revoir les conditions de travail et de rendre le secteur de l'aide à la personne âgée plus attractif. La préparation d'une nouvelle génération passe par des formations attractives et adaptées permettant aux futurs professionnels de disposer des compétences nécessaires.

Enfin, financièrement, il est important de souligner que des calculs menés par Philippe Defeyt pour le compte de la Femarbel que le coût de la prise en charge d'un aîné à domicile peut être plus élevé qu'en maison de repos (pour la Région et/ou pour le résident).

Dans ce scénario, le budget d'Iriscare sera à l'horizon 2030 de 385,99 millions d'euros dont le financement de 11.500 lits.

Indicateur	Perspective 2030	Scénario - Home safe home
1.1	Place en Maison de repos	11500
		<i>Il s'agit de considérer la projection du BP.</i>
1.2	Coût des places	335 811 500 €
		<i>Le coût de 2020 est indexé selon les variables historiques et il est ajusté par rapport aux nombres de places.</i>
2	Coût supplémentaire des normes	23 551 765 €
2.1	dont revalorisation des normes	3 000 000 €
2.2	dont barèmes IFIC	20 551 765 €
		<i>Nous supposons un travail sur les normes d'encadrement dans un cadre budgétaire neutre mais nous intégrons également les coûts de l'implémentation des barèmes IFIC. Nous intégrons une légère hausse du personnel de réactivation.</i>
3	Subsides Infrastructures (dont APP)	8 317 650 €
		<i>Nous intégrons le budget infrastructure et AAP d'Iriscare (indexé).</i>
	Répartition entre MR/alternative/domicile	0,5/0,1/0,4
		<i>Selon le scénario, nous identifions une répartition du subsidie (hors partie AAP qui est directement lié aux alternatives) selon la clé ci-dessus pour les 3 secteurs. Ci-dessous, le montant attribué à chaque secteur.</i>
	Montant pour MR	3 924 525 €
4.1	Montant pour alternative	1 253 505 €
	Montant pour domicile	3 139 620 €
		<i>Nous considérons que le montant pour le secteur des maisons de repos doit permettre la rénovation des bâtiments. le secteur des alternatives accumulé durant 10 ans permettra la construction de places en alternative. le secteur domicile doit permettre améliorer la coordination des services et sa structuration.</i>
4.2	Financement structurel pour alternative	3 885 000 €
		<i>Nous intégrons une dépense structurelle pour renforcer l'accessibilité des structures</i>
	Places créées "alternatives"	220 places
		<i>Nous estimons le nombre de places créées grâce aux subsides octroyés. Ceci n'empêche pas la création de structures non-agrées.</i>
5	Contingent "aide à domicile"	14 430 000 €
		<i>Il s'agit du montant relatif au contingent qui est d'une part indexé et d'autre part augmenté selon l'ambition du scénario (voir évolution ci-dessous)</i>
	évolution du contingent en 10 ans	30%
	Personnes aidées supplémentaires	468
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues complémentaires au contingent initial (selon l'évolution du contingent).</i>
	Personnes aidées initialement	(1561)
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues par le contingent initial</i>
	Montant total	385 995 915 €
	Personnes soutenues	12188

Nous estimons le budget annuel d'IrisCare à l'horizon 2030 ainsi que le nombre de personnes âgées soutenues.

Coût Iriscare	€ € €
Coût pour le patient	€ €
Accessibilité de la prise en charge	🔒 🔒 🔒
Evolution des normes	⚖️

Nb : les icônes ci-dessus représentent une échelle d'intensité.
 Le coût Iriscare : représente le coût en termes de budget pour Iriscare.
 Le coût pour le patient : estime le coût pris en charge par le patient.
 L'accessibilité : représente l'effet du scénario sur l'accessibilité des services pour le plus grand nombre
 L'évolution des normes : représente l'intensité du changement du cadre organisationnel du secteur.

1.2.4. Scénario 4 - « La crise du modèle d'hébergement »

Variables	Hypothèses d'évolution
Démographie	Réduction du nombre de personnes âgées, et retour au pays des personnes âgées d'origine étrangère
Nombre de lits	Un nombre de lits vides conséquents (9.500 lits)
Profil des résidents	Des profils exclusivement autonomes (O et A)
Structure	Diminution du nombre de MR/MRS, dualisation sectorielle (privé - €€, public - €)
Cadre normatif	Des normes inchangées
Culture	La notion de culture, difficilement prise en charge au sein des MR/MRS
Alternatives	Une offre importante d'alternatives "libres"
Accessibilité	Une crise qui impose les soins à domicile
Main-d'œuvre	Une pénurie de personnel de soins exacerbée
Institutionnel	Une tension sur les acteurs du soutien à domicile

Dans ce scénario, la crise du modèle est avérée. Cette crise est la combinaison de trois phénomènes :

- 1) un rejet du modèle institutionnel par la personne âgée du modèle institutionnel. La maison de repos ne répond plus aux besoins de la personne âgée ;
- 2) une poursuite de la baisse du solde migratoire externe ;
- 3) une augmentation du nombre de décès chez les personnes âgées (notamment dû au Covid) et donc une évolution démographique moindre.

Cette situation de crise engendre un nombre conséquent de lits vides au sein des structures d'hébergement, approximativement 9.500 lits. Ceci entraînera *de facto* un taux d'occupation en berne, des faillites au sein de plusieurs structures ou encore la fermeture de certains lits.

Pour pallier ce taux d'occupation faible et le nombre de lits vides, les maisons de repos (et de soins) attirent d'autres profils afin d'occuper ces lits. Il pourra notamment s'agir : de jeunes personnes souffrant d'un handicap mental et/ou moteur, de personnes souffrant de problèmes de santé mentale, d'un conjoint qui rentre en maison de repos pour accompagner une personne qui nécessite des soins, des personnes socialement très défavorisées ou encore des personnes âgées autonomes (profil O et A). Dans ce cas de figure, les maisons de repos (et de soins) proposent un service de type « hôtelier », qui deviendra l'échappatoire pour le secteur lui permettant de réduire ses pertes. Par contre, pour les personnes âgées, ce modèle engendrera un clivage important avec d'un côté les personnes en capacité de payer un service au sein des maisons de repos et de l'autre des personnes qui, pour avoir accès à une prise en charge, devraient être systématiquement soutenues financièrement. Ce clivage résultera de la logique que, pour couvrir ses pertes, le secteur de l'hébergement doit augmenter ses tarifs ce qui obligera encore davantage le secteur public à pallier la crise du logement et des tarifs au sein des maisons de repos.

Dans ce scénario, les normes restent inchangées et les enjeux qui sous-tendent ces normes demeurent :

- les normes actuelles et le financement lié ne favorisent pas le maintien des personnes âgées en bonne santé ;
- les normes ne permettent pas aux MR de disposer des professionnels nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées.

Dans cette crise du secteur classique, on pourrait voir apparaître une nouvelle forme de structure privatisée encouragée par une forme de « libéralisation anarchique ». Dans ce cadre, seules les personnes avec un revenu supérieur bénéficieraient d'une prise en charge de qualité. En opposition, cette libéralisation anarchique ouvre la place à des structures non légiféré où la qualité de la prise en charge est en péril. Cette situation, si elle n'est pas anticipée, pourrait *a minima* conduire les professionnels à faire des choix entre deux patients et renforcer cette notion de pénurie de personnel ou encore renforcer cette notion de gestion chaotique et non coordonnée.

Dans ce scénario, le budget d'Iriscare sera à l'horizon 2030 de 323,15 millions d'euros dont le financement de 9.500 lits.

Indicateur	Perspective 2030	Crise du modèle d'hébergement
1.1	Place en Maison de repos	9500
		<i>Il s'agit de sous estimer la projection du BP.</i>
1.2	Cout des places	277 409 500 €
		<i>Le cout de 2020 est indexé selon les variables historiques et il est ajusté par rapport aux nombres de places.</i>
2	Cout supplémentaire des normes	19 977 545 €
2.1	dont revalorisation des normes	3 000 000 €
2.2	dont barèmes IFIC	16 977 545 €
		<i>Nous supposons un travail sur les normes d'encadrement dans un cadre budgétaire neutre mais nous intégrons également les couts de l'implémentation des barèmes IFIC. Nous intégrons une légère hausse du personnel de réactivation.</i>
3	Subsides Infrastructures (dont APP)	8 317 650 €
		<i>Nous intégrons le budget infrastructure et AAP d'Iriscare (indexé).</i>
	Répartition entre MR/alternative/domicile	0,2/0,4/0,4
		<i>Selon le scénario, nous identifions une répartition du subside (hors partie AAP qui est directement lié aux alternatives) selon la clé ci-dessus pour les 3 secteurs. Ci-dessous, le montant attribué à chaque secteur.</i>
	Montant pour MR	1 569 810 €
4.1	Montant pour alternative	3 608 220 €
	Montant pour domicile	3 139 620 €
		<i>Nous considérons que le montant pour le secteur des maisons de repos doit permettre la rénovation des bâtiments. le secteur des alternatives accumulé durant 10 ans permettra la construction de places en alternative. le secteur domicile doit permettre améliorer la coordination des services et sa structuration.</i>
4.2	Financement structurel pour alternative	1 902 000 €
		<i>Nous intégrons une dépense structurelle pour renforcer l'accessibilité des structures</i>
	Places créées "alternatives"	634 places
		<i>Nous estimons le nombre de places créées grâce aux subsides octroyés. Ceci n'empêche pas la création de structures non-agrées.</i>
5	Contingent "aide à domicile"	15 540 000 €
		<i>Il s'agit du montant relatif au contingent qui est d'une part indexé et d'autre part augmenté selon l'ambition du scénario (voir évolution ci-dessous)</i>
	évolution du contingent en 10 ans	40%
	Personnes aidées supplémentaires	624
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues complémentirement au contingent initial (selon l'évolution du contingent).</i>
	Personnes aidées initialement	(1561)
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues par le contingent initial</i>
	Montant total	323 146 695 €
	Personnes soutenues	10758

Nous estimons le budget annuel d'IrisCare à l'horizon 2030 ainsi que le nombre de personnes âgées soutenues.

Coût Iriscare	€ €
Coût pour le patient	€ € €
Accessibilité de la prise en charge	 
Evolution des normes	

Nb : les icônes ci-dessus représentent une échelle d'intensité.
 Le coût Iriscare : représente le coût en termes de budget pour Iriscare.
 Le coût pour le patient : estime le coût pris en charge par le patient.
 L'accessibilité : représente l'effet du scénario sur l'accessibilité des services pour le plus grand nombre
 L'évolution des normes : représente l'intensité du changement du cadre organisationnel du secteur.

1.3. Le scénario souhaitable - « Hybridation de la prise en charge »

Variables	Hypothèses d'évolution
Démographie	Augmentation de la population bruxelloise et du nombre de personnes âgées à l'horizon 2070
Nombre de lits	Stabilisation à 11.500 lits au sein des MR/MRS
Profil des résidents	Des personnes âgées autonomes faisant le choix du vivre ensemble
Structure	Un partage des parts de marché entre les secteurs (privé/associatif/public), des MR, des soins à domicile et des alternatives
Cadre normatif	Créer un nouveau cadre
Culture	Des structures qui tiennent compte de la multiculturalité
Alternatives	Des structures qui proposent des offres différentes et intégrées
Accessibilité	Soutenir davantage le secteur et travailler sur la visibilité de l'offre
Main-d'œuvre	Offrir aux personnes âgées un accompagnement/soutien au sein même des alternatives
Institutionnel	Travailler en réseau

Dans ce scénario, les projections démographiques suivent exactement celles annoncées par le Bureau du Plan. D'ici 2070, la population bruxelloise âgée de 65 ans et plus augmentera de 57,81% (croissance moyenne annuelle de 4,67%). Pour assurer la prise en charge de ces personnes âgées, plusieurs solutions coexistent dans un système intégré et coordonné.

Dans ce modèle, les alternatives à la maison de repos (et de soins) sont davantage privilégiées, soutenues financièrement et coexistent aux côtés des structures résidentielles et des soins à domicile. Ces alternatives seront diverses et variées. Elles seront également plus nombreuses, nécessitant dès lors un besoin moindre de lits en maison de repos (estimé approximativement à 11.500 lits - nombre de lits occupés en 2021). Les personnes âgées pourraient dès lors se diriger, si elles le souhaitent et que leur capacité physique le permet, vers des structures alternatives.

Il faut en effet souligner que pour vivre dans ce type d'infrastructure la personne âgée doit disposer d'un bon état de santé et être suffisamment autonome. Il s'agirait dès lors de certaines personnes âgées avec un profil de type O et A, représentant actuellement 3.500 lits⁶ au sein des maisons de repos. L'ouverture des alternatives au profil B reste possible dans un contexte où la personne bénéficie également d'un soutien familial (enfant - conjoint - aidant ...) où dans le cadre d'une médicalisation des résidences services. Dans ce scénario, il n'est pas question de se focaliser uniquement sur les fragilités physiques de la personne âgée pour déterminer son lieu de vie, mais également de prendre en considération sa fragilité sociale et ainsi de gommer

⁶ Rappelons que les 3.500 lits cachent une multiplicité de profils dont des profils indépendants mais également des personnes physiquement autonomes avec des troubles cognitifs majeurs, un profil psychologique ou une dépendance sociale.

Rappelons que la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et la Communauté Germanophone tentent de limiter l'accès du secteur résidentiel (maison de repos) aux personnes indépendantes.

partiellement la crise du logement pour les personnes âgées et vulnérables. Malgré la considération de facteurs externes, on observe très clairement une diminution confirmée des profils O et A en maison de repos depuis plusieurs années. À noter également que ces personnes doivent volontairement avoir fait le choix de la vie en collectivité qui peut caractériser certaines alternatives. Le changement de mentalité observé ces dernières années, en faveur de solutions collectives, encourage le développement des alternatives et du semi-résidentiel.

En revanche, ces alternatives ne pourront pas répondre à l'ensemble des besoins de la personne âgée. Il s'agit notamment des personnes âgées avec un profil de dépendance très élevé. L'augmentation aujourd'hui observée du nombre de résidents avec un profil de dépendance élevé se confirmera ces prochaines années. Parmi ceux-ci, la proportion des résidents présentant des démences ou des dépendances totales sera de plus en plus conséquente. Il est également important de souligner que toutes les personnes âgées ne souhaitent pas faire l'expérience de la vie en collectivité⁷. Il faut dès lors penser des lieux de vie adaptés à ces personnes âgées et à leurs souhaits. C'est une des raisons pour lesquelles, dans ce modèle, les alternatives coexistent au côté des structures résidentielles et des services de maintien à domicile. Dans ces deux secteurs, des innovations seront également à prévoir :

Il s'agit, premièrement, du secteur des maisons de repos (et de soins). Les maisons de repos (et de soins) se développent, se diversifient et intègrent des offres multiples (MR/MRS, résidence service, centre de soins de jour). Ceci dans l'objectif de contrecarrer le sentiment de rupture souvent présent lorsque les personnes âgées arrivent en MR/MRS, mais également de créer un lien de confiance entre la personne âgée et la structure. Pour mettre en œuvre ce type de structure, il est nécessaire 1) de lever les freins existants (comme, par exemple, l'obligation de disposer d'ensembles distincts, qui nécessitent des entrées séparées et des voies de circulation séparées), 2) de débiter avec des projets pilotes, pour ensuite évaluer leur mise en œuvre.

Deuxièmement, le secteur du maintien à domicile doit également innover afin d'être renforcé et mieux coordonné. Le secteur du domicile est un secteur fortement morcelé, au détriment de la personne âgée. Dès lors, une meilleure structuration des soins, réfléchi de manière intersectorielle, est à mettre en place au travers :

- la définition d'une stratégie commune et partagée afin de mieux conseiller et accompagner la personne âgée dans son évolution ;
- la fusion/ le regroupement de petits services/structures afin de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer la lisibilité du secteur.

Pour ce qui concerne les alternatives, au centre de ce modèle, leurs développements sur le territoire bruxellois passent *de facto* par la définition d'un cadre structurel dédié aux alternatives à Bruxelles. Ce cadre passe par :

- 1) la définition d'une vision politique, les intentions politiques vis-à-vis de la prise en charge de la personne âgée ;
- 2) un financement cohérent, durable et adapté permettant :
 - a. aux structures de se créer. Les alternatives rencontrent principalement des difficultés pour disposer des moyens financiers nécessaires à leur création. En effet, la mise sur pied d'une alternative requiert des moyens financiers

⁷ Les alternatives proposent « une forme d'habitat qui doit permettre la mise en commun d'un certain nombre de ressources matérielles, financières, sociales et culturelles. Ces personnes veulent vivre une autre forme de convivialité avec leurs voisins, mettre sur pied des projets collectifs et développer des mécanismes de solidarité spécifiques » (source : habitat-groupe.be)

- conséquents. Cette aide au démarrage pourrait prendre la forme d'un subside, mais également une forme plus souple comme une TVA réduite pour la construction des alternatives. ;
- b. aux structures existantes de se développer et d'exister sur le long terme. Ce financement ne doit pas être ponctuel, sous la forme d'appels à projets par exemple, mais doit être structurel.
- 3) des freins solutionnés. Pour rappel, certaines des difficultés, communes aux trois régions, complexifient la mise en œuvre des alternatives :
- a. le statut isolé de la personne âgée. Le risque, derrière la mise en place de ce type de logement, est que la personne âgée bénéficiant d'allocations sociales pourrait se voir appliquer le taux de cohabitant en lieu et place du taux isolé. Ceci a un impact indéniable sur les revenus de la personne,
 - b. l'acquisition/ la mise à disposition d'un lieu adapté pour accueillir ce type de projet, ces derniers sont fortement prisés par les promoteurs privés,
 - c. les habitats groupés ne reçoivent pas d'agrément spécifique, porteur de garanties du respect de la sécurité et du bien-être des personnes. En revanche, une série de législation s'applique à ce type de projet, principalement lié à l'aspect logement,
 - d. diverses formes juridiques co-existent, ayant des implications diverses pour les résidents,
 - e. ces projets ne représentent pas forcément et systématiquement un gain financier pour les résidents,
 - f. des demandes de permis qui engendrent des discussions autour de l'adaptabilité du bâti.
 - g. la reconversion impossible des lits MR/MRS inoccupés (dont les lits en portefeuille) vers une forme nouvelle d'alternative qui s'identifierait entre la résidence service et le kot.

Ce cadre structurel doit permettre de définir un dénominateur commun, mais laisse, aux différentes alternatives, une marge de flexibilité dans l'exercice de leur mission de prise en charge des personnes âgées. En effet, les formes d'alternatives sont fortement variées et ne permettent pas de définir un cadre strict et commun pour l'ensemble de ces structures. Ce cadre devra être structuré autour des six icônes des alternatives (voir benchmarking⁸).

Renforcées par ce cadre, les alternatives ne seront dès lors plus des projets ponctuels de petite taille, mais se structurent davantage (en termes de taille et de nombre) autour d'un cadre. Elles deviennent dès lors plus accessibles au grand public (en termes de nombre). Les acteurs du terrain spécifient tout de même que les alternatives doivent rester des structures de taille réduite, ceci notamment dans l'objectif de maintenir une dynamique de vivre ensemble et de vie « comme chez soi ».

La création du cadre légal s'accompagne d'une structuration locale de l'offre, une coordination renforcée au sein du secteur. Ceci dans l'objectif de rendre plus lisible et visible l'offre disponible sur le territoire, au bénéfice des personnes âgées, mais également des professionnels du secteur. Ce travail en réseau passe par :

- 1) l'ouverture des quartiers, développer une approche proactive/préventive visant davantage à aller vers les personnes âgées ;

⁸ Pour rappel, ces six icônes sont : 1) le soutien médical présent dans la structure, 2) le projet solidaire qui fédère les habitants, 3) le projet intergénérationnel, 4) l'autonomie de la personne âgée, 5) le coût de la structure à charge des personnes âgées, 6) le système de gestion de l'alternative.

- 2) le renforcement des liens avec la première ligne (médecins, pharmaciens) ;
- 3) une meilleure lisibilité de l'offre auprès des personnes âgées, mais également auprès des professionnels du secteur.

Ce modèle, qui tend à offrir des soins adaptés, de qualité et accessibles pour tous, nécessite également de disposer de la main-d'œuvre nécessaire, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Pour ce faire, il faudra travailler sur :

- l'attractivité du secteur. La guerre des talents qui existe aujourd'hui entre le secteur de la personne âgée et le secteur hospitalier a un impact sur la pénurie de personnel de soins.
- le type de professionnel dont les personnes âgées ont besoin. Ce travail passe, avant toute chose, par l'identification des besoins des personnes âgées. Il sera alors question, dans un deuxième temps, d'identifier les profils de professionnels nécessaires pour répondre à ces besoins. Ce travail devra être réalisé pour chaque secteur (maisons de repos, soins à domicile).

Dans ce modèle où les alternatives sont recherchées et soutenues, la question de l'accompagnement et du soutien des personnes âgées au sein même de la structure alternative se pose. Des hypothèses d'évolution ont été abordées :

- a. mettre en place une "aide à la vie", aidant et accompagnant les personnes âgées dans leurs actes quotidiens (un croisement entre les assistants sociaux et les aides-soignants) ;
 - b. systématiser la présence de coachs/coordonateurs pour créer/ dynamiser la cohésion sociale au sein de ces infrastructures.
- une coordination renforcée entre les professionnels de soins.

Dans ce modèle de prise en charge hybride, les alternatives, les maisons de repos et les soins à domicile coexistent dans un secteur intégré et coordonné. Cette coordination est traduite dans une perspective politique commune. Cette politique commune intègre une identification plus optimale des besoins de la personne âgée (remplacement de l'échelle de Katz) pour favoriser un plan de soins adapté aux besoins, à la situation sociale et aux envies du citoyen.

Dans ce scénario, le budget d'Iriscare sera à l'horizon 2030 de 386,13 millions d'euros dont le financement de 11.500 lits.

Indicateur	Perspective 2030	Scénario alternatif - Hybridation de la prise en charge
1.1	Place en Maison de repos	11500
		<i>Il s'agit de considérer la projection du BP.</i>
1.2	Coût des places	335 811 500 €
		<i>Le coût de 2020 est indexé selon les variables historiques et il est ajusté par rapport aux nombres de places.</i>
2	Coût supplémentaire des normes	23 551 765 €
2.1	dont revalorisation des normes	3 000 000 €
2.2	dont barèmes IFIC	20 551 765 €
		<i>Nous supposons un travail sur les normes d'encadrement dans un cadre budgétaire neutre mais nous intégrons également les coûts de l'implémentation des barèmes IFIC. Nous intégrons une légère hausse du personnel de réactivation.</i>
3	Subsides Infrastructures (dont APP)	8 317 650 €
		<i>Nous intégrons le budget infrastructure et AAP d'Iriscare (indexé).</i>
	Répartition entre MR/alternative/domicile	0,5/0,4/0,1
		<i>Selon le scénario, nous identifions une répartition du subsidie (hors partie AAP qui est directement lié aux alternatives) selon la clé ci-dessus pour les 3 secteurs. Ci-dessous, le montant attribué à chaque secteur.</i>
	Montant pour MR	3 924 525 €
4.1	Montant pour alternative	3 608 220 €
	Montant pour domicile	784 905 €
		<i>Nous considérons que le montant pour le secteur des maisons de repos doit permettre la rénovation des bâtiments. le secteur des alternatives accumulé durant 10 ans permettra la construction de places en alternative. le secteur domicile doit permettre améliorer la coordination des services et sa structuration.</i>
4.2	Financement structurel pour alternative	5 127 000 €
		<i>Nous intégrons une dépense structurelle pour renforcer l'accessibilité des structures</i>
	Places créées "alternatives"	634 places
		<i>Nous estimons le nombre de places créées grâce aux subsides octroyés. Ceci n'empêche pas la création de structures non-agrées.</i>
5	Contingent "aide à domicile"	13 320 000 €
		<i>Il s'agit du montant relatif au contingent qui est d'une part indexé et d'autre part augmenté selon l'ambition du scénario (voir évolution ci-dessous)</i>
	évolution du contingent en 10 ans	20%
	Personnes aidées supplémentaires	312
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues complémentaires au contingent initial (selon l'évolution du contingent).</i>
	Personnes aidées initialement	(1561)
		<i>Il s'agit d'une estimation du nombre de personnes soutenues par le contingent initial</i>
	Montant total	386 127 915 €
	Personnes soutenues	12446

Nous estimons le budget annuel d'IrisCare à l'horizon 2030 ainsi que le nombre de personnes âgées soutenues.

Coût Iriscare	€ € €
Coût pour le patient	€ €
Accessibilité de la prise en charge	
Evolution des normes	

Nb : les icônes ci-dessus représentent une échelle d'intensité.

Le coût Iriscare : représente le coût en termes de budget pour Iriscare.

Le coût pour le patient : estime le coût pris en charge par le patient.

L'accessibilité : représente l'effet du scénario sur l'accessibilité des services pour le plus grand nombre

L'évolution des normes : représente l'intensité du changement du cadre organisationnel du secteur.

1.4. Descriptif des hypothèses financières reprises dans les différents scénarios

Chaque scénario est accompagné d'une estimation du coût qu'il engendre pour Iriscare et la collectivité. Cette estimation est réalisée sur base de 5 indicateurs ;

- le nombre de places (en MR/MRS) et le coût engendré,
- le montant et la répartition des subsides infrastructures,
- le surcoût engendré par une revue des normes d'agrément,
- le financement structurel et le financement dédié à la mise sur pied des alternatives (= financement construction),
- l'évolution du contingent d'heures.

Chacun de ces indicateurs varie au gré des hypothèses d'évolution des différents scénarios. Ces hypothèses d'évolution sont construites sur base : des évolutions historiques, des connaissances des acteurs de terrain, des choix posés sur éléments contextuels, des données immobilières, des évolutions potentiellement souhaitables.

Nous détaillons, ci-dessous, les différents indicateurs et la manière dont ceux-ci ont été estimés.



Point d'attention :

Pour fournir une vision stratégique et financière, nous avons dû nous projeter dans un futur alors que le présent est source de turbulences pour le secteur. Nous avons donc pris certaines hypothèses pour chaque scénario afin d'offrir différentes visions et ainsi mesurer les conséquences financières associées.

Pour fournir une vision à long terme du secteur des maisons de repos, nous avons dû considérer les dépenses historiques, mais également des tendancielles observés comme l'inflation ou l'ancienneté du personnel qui peuvent être appréhendées, mais pour lesquels nous ne disposons pas d'une maîtrise formelle s'agissant d'éléments conjoncturels.

Pour fournir une vision stratégique holistique, nous nous sommes intéressés au secteur des aides à domicile et des alternatives. Ces secteurs nécessiteraient des études à part entière pour mieux cerner les conséquences financières, les choix des personnes, les contraintes, les orientations, les usages ... C'est pour cela que nous avons pris certaines hypothèses sur base des lectures scientifiques, des rapports, des articles, des entretiens... Certaines hypothèses ont également été prises afin d'estimer les effets des scénarios sur la prise en charge de la personne âgée.

Il convient de préciser que les hypothèses relatives aux effets d'une aide financière pour ces secteurs sont espérées, mais ne sont pas garanties.

Enfin, nous insistons sur le fait que les principales dépenses sont liées aux secteurs des maisons de repos et de soins pour lequel notre degré de maîtrise et d'estimation est bien plus fiable que pour les estimations relatives aux domiciles et aux alternatives. À noter que, de par la mise à disposition d'Iriscare du modèle mathématique, les hypothèses prises peuvent être corrigées à tout moment dans notre modèle.

1.4.1. Indicateur 1 : le nombre de places et son coût

Le coût des places est estimé sur base des normes d'encadrement existant, sur base des données historiques d'Iriscare de juin 2013 à juin 2021.

1.4.1.1. Le nombre de places occupées

Étape 1 : détermination du taux

Le nombre de places a été déterminé à partir d'une règle de trois en calculant un taux de personnes âgées en résidentiel selon le rapport entre les personnes en institution en juin 2021 (nombre de journées facturées par tranche d'âge) et la population globale bruxelloise. Ce taux est déterminé par groupe d'âge. Six groupes ont été créés afin de déterminer six taux :

- moins de 50 ans (45 - 54 ans),
- les 50 - 59 ans,
- les 60 - 64 ans,
- les 65 - 74 ans,
- les 75 - 84 ans,
- les plus de 85 ans.

Tranche d'âge	>50	50 - 59	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85 et +
Lits Iriscare ⁹	47,3	220,8	328,2	1304,4	2332,7	7071,7
Population ¹⁰	374 571	144 650	57 052	83 560	49 910	25 556
Taux ¹¹	0,013%	0,153%	0,575%	1,561%	4,674%	27,672%

Étape 2 : application du taux au regard des projections démographiques

Les données démographiques, reprises dans les tableaux ci-dessous, sont issues des projections du Bureau du Plan¹² (projection par classe d'âge jusqu'à 2070).

Nous appliquons ensuite le taux de personne âgée en résidentiel (calculé à l'étape 1) à ces projections afin de déterminer le nombre futur de places dans les maisons de repos (MR et MRS sont confondus).

Nous définissons ce nombre en considérant un tendanciel faible et un tendanciel élevé :

- le tendanciel élevé considère les données du Bureau du Plan telles que publiées ;
- le tendanciel faible réduit les projections démographiques du bureau du plan de 4,69% sur base des surestimations des projections démographiques précédentes et mises en évidence dans l'analyse PESTEL.

Sur base d'un point de départ du nombre de places à juin 2021, nous estimons le tendanciel pour dans 10 ans, dans 20 ans et dans 30 ans :

Tranche d'âge	-50	50 - 59	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85 et +	Total
Population +10ans	375697	157872	65079	95236	60388	25605	
Lits (faible)	45	230	357	1 417	2 690	6 753	11 491 tendanciel faible
Lits (élevé)	47	241	374	1 487	2 822	7 085	12 057 tendanciel élevé

⁹ Il s'agit du nombre de journées facturées représentées sur une année entre 1er juillet 2020 et le 30 juin 2021

¹⁰ Population au 1/1/2021, selon le Bureau fédéral du Plan du 8 février 2022

¹¹ Il s'agit du nombre de journées facturées par tranche d'âge entre 1er juillet 2019 et le 30 juin 2020

¹² Actualisation du 8 février 2022.

Tranche d'âge	-50	50 - 59	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85 et +	Total	
Population +20ans	380553	155679	69570	106000	70201	32746		
Lits	46	226	381	1 577	3 127	8 636	13 994	tendanciel faible
Lits	48	238	400	1 655	3 281	9 061	14 683	tendanciel élevé

Tranche d'âge	-50	50 - 59	60 - 64	65 - 74	75 - 84	85 et +	Total	
Population +30ans	380979	154033	67644	110486	79813	41028		
Lits	46	224	371	1 644	3 555	10 821	16 660	tendanciel faible
Lits	48	235	389	1 725	3 730	11 353	17 480	tendanciel élevé

Étape 3 : intégration du nombre de places « agréées » versus nombres de places « occupées »

Dans les données reprises ci-avant, nous considérons bien évidemment les places « occupées » sous-entendues financées par Iriscare. Il convient directement de considérer qu'un taux d'occupation de 100% est compliqué, car opérationnellement difficile. De ce fait, si nous considérons le taux d'occupation des maisons de repos wallonnes de 2017 qui justifiait¹³ notamment la création de nouvelles places en maison de repos¹⁴, nous observons un taux d'occupation de 97%¹⁵. Il paraîtrait donc logique d'augmenter le nombre de places occupées de 3% pour définir le nombre de places agréées.

Taux d'occupation Wallonie		
	2016	2017
En MR	95%	94%
En MRS	100%	100%
Total	98%	97%

1.4.1.2. Le coût moyen

Le coût des places a été déterminé sur base :

- des normes d'encadrement par catégorie de lit (O,A,B ...) et sur base du type lit (MR ou MRS)¹⁶,
- de l'ancienneté¹⁷ du personnel encadrant,
- d'un forfait A2¹⁸ (soit un pourcentage du volet A1 de 9,23% qui est sa valeur historique),
- d'un forfait A3 à H1¹⁹ (soit un montant forfaitaire calculé sur les dépenses historiques d'Iriscare),

¹³ Question écrite du 07/01/2019 de GALANT Jacqueline à GREOLI Alda, Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative - <https://www.parlement-wallonie.be/pwpages?p=interp-questions-voir&type=28&iddoc=90320>

¹⁴ <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/le-parlement-wallon-approuve-la-creation-de-12-000-places-en-maison-de-repos.html>

¹⁵ https://www.uvcw.be/no_index/files/1385-1379-2019-09-radioscopie-2017---jmr-definitif.pdf

¹⁶ Dans les différents scénarios, nous considérons initialement la même représentation des différents types de lits.

¹⁷ Dans les différents scénarios, nous considérons une évolution dans les prochaines années compte tenu des évolutions actuelles (Pour les infirmières et les aides-soignantes, nous augmentons l'ancienneté d'un an pour passer respectivement de 14 à 15ans et de 11 à 12 ans).

¹⁸ 6 NOVEMBRE 2003. - Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

¹⁹ 6 NOVEMBRE 2003. - Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

- d'un forfait fin de carrière (soit le montant dépensé par Iriscare de juin 2010 à juin 2021 divisé par le nombre d'ETP du personnel paramédical multiplié par les ETP couverts par les normes d'encadrement),
- d'un forfait troisième volet (soit le montant dépensé par Iriscare de juin 2020 à juin 2021 divisé par le nombre de journées facturées multiplié par le nombre de journées à venir (nombre de journées = nombre de lits multiplié par 365),
- de l'évolution des dépenses (inflation) soit une croissance de 17,158%²⁰ du forfait en 10 ans ou 1,596% par an.

À ce jour, nous estimons que le coût annuel d'une place (en intégrant l'ensemble des forfaits mentionnés ci-dessus)²¹ est de :

	MRPA					MRS			
	O	A	B	C	Cd	D	B	C	Cd
Aujourd'hui	4 645 €	9 739 €	19 486 €	30 338 €	32 418 €	21 360 €	32 690 €	35 989 €	37 030 €
Dans 10 ans	5 345 €	11 414 €	22 967 €	35 875 €	38 331 €	25 086 €	38 712 €	42 596 €	43 824 €
Dans 20 ans	6 142 €	13 253 €	26 617 €	41 232 €	44 110 €	28 168 €	44 695 €	49 001 €	50 440 €
Dans 30 ans	7 075 €	14 108 €	27 545 €	42 335 €	45 210 €	29 010 €	45 879 €	50 181 €	51 619 €

1.4.2. Indicateur 2 : le surcoût d'une revue des normes

Cet indicateur est constitué de deux postes. Le premier poste représente une revalorisation des normes afin d'augmenter le personnel en place. Le second représente les dépenses à l'intégration des nouvelles normes IFIC.

1.4.2.1. Revalorisation des normes

Une modification des normes engendre un surcoût qu'Iriscare devra prendre à sa charge. Le montant maximal estimé, d'un montant de 22 millions d'euros, se base sur un transfert des lits MR B (871 lits), C (485 lits) et Cd (924 lits) vers les lits MRS en 2030. Ce transfert représente approximativement 2.280²² lits. Ce coût est estimé sur base des simulations liées au volet 1.2 (voir ci-dessus).

Dans le cadre d'un scénario, nous évoquons une évolution modérée des normes avec une dépense de 11,5 millions d'euros en 2030. Cette évolution modérée pourrait prendre la forme d'une augmentation du personnel de réactivation de 0,5 ETP pour chaque profil (MR ou MRS).

Dans les autres scénarios, nous considérons à minima une hausse de 0,1 ETP²³ par 30 résidents du personnel de réactivation. Cette évolution engendre une dépense complémentaire de 3 millions à l'horizon 2030.

1.4.2.2. Barèmes IFIC

Sur base de premières estimations²⁴, le surcoût relatif à l'intégration des barèmes est de 7,54% pour le secteur des MR-MRS - a norme d'encadrement constante. Suivant ce constat, nous appliquons ce surcoût à l'ensemble de nos scénarios sur les dépenses du personnel. A noter que le surcoût lié à la mise en œuvre des barèmes IFIC varie en fonction des catégories de fonction

²⁰ Soit la période entre le 1/2/2012 et 1/3/2022

²¹ Ce tableau n'intègre pas les dépenses relatives à l'implémentation des normes IFIC voir indicateur 2 (ci-dessous)

²² Dans cette simulation, on considère un nombre constant des places B, C et Cd entre maintenant et dans 10 ans.

²³ Cette proposition repose sur les discussions actuelles entre Iriscare et le secteur.

²⁴ Étude de l'asbl IFIC menée à Bruxelles dont les résultats intermédiaires ont été présentés le 18/05/2021

de personnel. Ce surcoût sera à réévaluer en fonction d'éventuelles nouvelles normes d'encadrement.

1.4.3. Indicateur 3 : le montant et la répartition des subsides infrastructures

Les subsides infrastructures représentent une dépense moyenne de 6,7 millions par an pour la COCOM²⁵. Ce montant est considéré comme un montant indexé à un taux identique que celui appliqué au coût des places (soit 17,158% en dix ans). Nous ajoutons également à ce montant les dépenses relatives aux différents appels à projets (AAP) d'un montant moyen de 400K€ qui sera indexé.

Les montants relatifs aux AAP sont directement affectés aux alternatives, le montant « infrastructure » est, quant à lui, réparti entre les trois secteurs (maison de repos, alternative et domicile) selon une clé de répartition liée à stratégie du scénario. En effet, ce montant sera réparti différemment entre ces trois secteurs en fonction des objectifs/ambitions à atteindre.

Dans les différents scénarios proposés, nous proposons des objectifs différents qui peuvent être synthétisés comme suit :

- dans le scénario dédié aux structures résidentielles (MR-MRS), nous estimons que les dépenses pour les MR/MRS visent une amélioration des services ou encore une rénovation (sans création de places). Une rénovation à prévoir est par exemple la mise en conformité des nouvelles normes d'incendie²⁶ ;
- dans le scénario dédié aux alternatives, les dépenses visent la création de nouvelles places ;
- dans le cadre du scénario centré sur le domicile, les dépenses infrastructures peuvent être dédiées à l'amélioration de la coordination par exemple.

La répartition entre les différents secteurs repose sur l'ambition des scénarios. Historiquement, on observe que les dépenses les plus importantes concernent la rénovation, l'extension ou la construction de maisons de repos.

1.4.4. Indicateur 4 : le financement des alternatives

Pour ce volet, nous considérons deux financements distincts à savoir :

- un financement qui vise à rendre le modèle plus accessible à l'ensemble de la population et qui offre un soutien financier continu dans la durée. Ce financement est appelé « financement structurel »,
- un financement qui vise à booster l'investissement dans ce secteur en réduisant le coût immobilier pour le porteur de projet. Ce financement est appelé « financement à la construction ».

L'origine du financement est issue du de la répartition des subsides infrastructures.

²⁵ Le subside à l'infrastructure est actuellement à charge des Services du Collège réuni. Néanmoins, dans le cadre de nos travaux nous avons intégré le budget dans une dépense globale.

²⁶ Dans le scénario hybride, 40% du montant serait destiné pour le secteur résidentiel classique. Si nous considérons un montant estimé moyen de 175.000€ pour mise en conformité d'un établissement, le montant « infrastructure » couvrirait l'ensemble des dépenses pour tous les établissements sur une période de 10 ans.

1.4.4.1. *Financement structurel*

Un financement structurel peut être envisagé afin de rendre le modèle accessible au plus grand nombre.

Dans le cadre de nos travaux, le manque de financement des structures alternatives a souvent été évoqué. En effet, beaucoup de structures vivent sans l'appui d'Iriscare et expriment de grandes difficultés à survivre. De ce fait, pour intégrer un modèle financier visant à mieux soutenir ce secteur et le rendre accessible au plus grand nombre, nous proposons de financer en continu le secteur des alternatives.

Ce mécanisme repose sur un montant forfaitaire annuel par place « alternative ». Le coût est construit autour de deux sources :

- par l'écart approximatif entre le coût d'une résidence service et d'une maison de repos (dont le coût de loyer, le coût alimentaire...).
- o La différence entre un loyer en résidence service et une maison de repos est approximativement estimée à 500€²⁷. Pour déterminer cette différence, nous considérons le tarif mensuel moyen des frais d'hébergement en maison de repos de 1782€²⁸ (estimation réalisée par FEMARBEL dans son FEMARTOOL de 2020) et le coût estimé d'une résidence service soit 2297€ (estimation réalisée par FEMARBEL dans son FEMARTOOL de 2020 pour le loyer et les coûts annexes d'une résidence service).
- par le coût estimé d'un lit pour un profil « O » en MR, équivalent à un montant de 4.000€ par an.

Il convient de préciser qu'actuellement, il n'existe aucun financement structurel octroyé par Iriscare aux alternatives. Suivant les montants évoqués, il apparaît judicieux de déterminer un soutien financier dont le montant soit inférieur au montant estimé et octroyé pour un lit O dans une MR (soit 4.000€ par an) afin de maintenir chez Iriscare un cadre financier qui soit acceptable. Comme nous sommes dans un système novateur qui promeut l'accessibilité, nous préconisons un montant de 3.000€ par an par place dans une structure alternative agréée par Iriscare afin de réduire la pression financière à charge de la personne âgée. Cet agrément devra reposer sur une série de critères comme la qualité de prise en charge ou encore un prix balisé.

Ce montant est avant tout une estimation qui doit renforcer l'accessibilité du secteur des alternatives tout en considérant que toutes les alternatives ne sont pas des résidences services et que ce forfait devrait véritablement être considéré comme un soutien financier.

Il est important de préciser qu'il existe à ce jour approximativement 1.150 résidences services à Bruxelles et qu'il existe approximativement 1.000 places dans des structures alternatives autres (soit 100 structures de 5 à 15 places).

Complémentairement au financement qui serait accordé aux nouvelles structures créées, un financement devait être accordé aux structures « alternatives » existantes. Il semble

²⁷ https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf (inforHome 2018)

²⁸ Le tarif mensuel médian des frais d'hébergement en maison de repos à Bruxelles est de 1798€ selon les données d'InforHome 2018

impensable d'accorder ce financement sans condition et donc à toutes les structures, la mise en place de normes ou d'un agrément est à privilégier. Sur base de l'estimation des 2.150 places existantes, les conditions de financement feraient qu'approximativement 50% des structures pourraient en bénéficier. Ce taux de 50% peut sembler arbitraire, mais représente le taux des alternatives classiques (résidence service) des autres formes d'alternatives. On imaginerait une stratégie où l'on souhaite « booster » les alternatives non-résidence service par exemple. Ce taux exprime également la représentativité²⁹ du secteur privé commercial lorsque nous considérons le secteur résidentiel des maisons de repos en Région bruxelloise. Dans notre hypothèse, nous retenons donc que 1.075 places seraient agréées et financées de manière structurelle. On imaginerait un financement qui exclurait le secteur privé commercial.

1.4.4.2. Financement à la construction

Pour les alternatives, afin de déterminer un nombre de places créées et subsidiées par la COCOM, nous imaginons un taux de subsidiation de 50% du coût de construction. Ce coût est estimé sur base d'un coût de construction de 1.800€³⁰ du m² pour une superficie moyenne de 54m²³¹. Sur base des estimations, nous pouvons considérer qu'un subside de 48.600€ contribue à la création d'une place en alternative.

Dans le cadre des projections financières, et par souci de simplicité, nous le calculons dans le budget annuel d'Iriscare dans 10 ans (rappel, ce budget est actuellement au niveau des Services du collège Réuni).

Le nombre de places créées est estimé sur une décennie. Il s'agit pour nous d'estimer l'effet du financement à la construction sur une période déterminée (10 ans) et pas seulement des places créées en une seule année.

1.4.5. Indicateur 5 : l'évolution du contingent des aides familiaux et les aides ménagers des services d'aide à domicile agréées par la COCOM.

Étape 1 : le volume du contingent

L'évolution du contingent d'heures, pour les dix prochaines années, est estimée entre 10% et 30% selon les objectifs du pouvoir subsidiant à déterminer. Cette évolution nous permet de fixer une évolution du nombre d'heures qui seront financées par le pouvoir subsidiant.

Étape 2 : le nombre d'ETP effectif

Ensuite, il convient d'estimer le nombre d'ETP qui travaille au service de la personne âgée afin de déterminer les ETPs (aide familiale à temps plein) qui seront financés en plus par Iriscare dans les projections.

²⁹ En réalité le secteur privé commercial représente 40% des lits du secteur résidentiel des maisons de repos et de maison de repos et de soins

³⁰ <https://www.lecho.be/monargent/immobilier/construire/combien-coûte-la-construction-d-une-maison/10229289.html>

³¹ À noter que cette superficie est également confirmée dans le cadre de projets Abbeyfield où la superficie de l'appartement se situe entre 40 et 45m².

Pour estimer le nombre d'ETP (travailler à temps plein), nous partons de la situation actuelle du contingent où nous savons que le budget actuel d'Iriscare est de 9,5 millions et que ce budget finance 358 ETP.

Cette évolution du contingent COCOM doit être associée à une évolution du contingent à la COCOF - pour lesquelles les estimations sortent du cadre de cette étude.

Étape 3 : le nombre de bénéficiaires

Afin de pouvoir comparer les scénarios entre eux, nous souhaitons estimer le nombre de bénéficiaires afin de pouvoir estimer l'impact d'un euro investi par Iriscare dans les différents scénarios. Pour ce faire, nous considérons que les 358 ETP travaillent 215 jours (jours travaillés par un salarié) x 6,36H par jour (nous considérons l'hypothèse d'un retrait de 1 heure par jour pour déplacement, réunion ...). Ceci représente donc un volume horaire de 487.220 heures pour les aides³². Si on considère l'hypothèse d'une présence de 6 heures par semaine par personne « prise en charge » (suivant l'étude de Fondation Roi Baudoin de 2016 sur les aidants proches³³, un nombre de 12,5h est évoqué pour les profils avec des troubles cognitifs et lorsque l'aidant est non-cohabitant), on peut alors estimer que ce volume permet d'aider approximativement 1874 personnes pour un montant de 9,5 millions (soit un forfait de 6.083€ par personne aidée). Ce montant, 6.083€, correspond également à l'estimation réalisée par la FERMARBEL dans son rapport de 2021³⁴ qui estime le coût moyen à 6.156€.

Étape 4 : l'inflation

Afin de considérer l'effet de l'inflation sur le long terme, nous considérons le même taux que pour les projections des forfaits en maison de repos à savoir un taux de 17,1% par décennie. À titre d'exemple, en 2030, pour le même contingent, ce montant sera de 11,1 millions (soit l'indexation historique de 17,1% de la décennie écoulée) pour le même volume ETP.

³² des aides familiaux et les aides ménagers des services d'aide à domicile.

³³ Fondation Roi Baudoin, 2016, Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Étude de données

³⁴ Femarbel, juin 2021, Domicile ou maison de repos, quel accompagnement pour quel coût ?

2. Tableau récapitulatif des scénarios

	Scénario 1 Scénario tendanciel <i>Scénario tendanciel - Fin de cycle/ de la logique</i>	Scénario 2 Scénario résidentiel <i>Scénario résidentiel - Priorité à l'hébergement</i>	Scénario 3 Scénario du maintien à domicile <i>Scénario - Home safe home</i>	Scénario 4 Scénario de crise <i>Crise du modèle d'hébergement</i>	Scénario 5 Scénario alternatif <i>Scénario alternatif - Hybridation de la prise en charge</i>
1 Démographie	<p>Augmentation de la population bruxelloise et du nombre de personnes âgées à l'horizon 2070.</p> <p>Selon le Bureau du Plan, sur le long terme, la population bruxelloise âgée de 65 ans et plus augmentera de 54% d'ici 2070. Cette croissance représente une augmentation annuelle moyenne de 4,45%.</p>	<p>Augmentation du nombre de personnes âgées, dépassant largement les projections réalisées par le BDP.</p> <p>Dans ce scénario, le nombre de personnes âgées sur le territoire bruxellois augmentera fortement ces prochaines années, dépassant les projections réalisées par le BDP. Cette augmentation sera marquée à la fois par une croissance du nombre de personnes âgées de 85 ans et plus mais également par des profils de plus en plus complexe à prendre en charge, nécessitant des soins spécifiques.</p>	<p>Augmentation du nombre de personnes âgées, en cohérence avec les projections réalisées par le BDP.</p> <p>Dans ce scénario, le nombre de personnes âgées sur le territoire bruxellois augmentera ces prochaines années, respectant les projections démographiques annoncées par le Bureau du Plan. Les besoins des personnes âgées vont continuer à évoluer et la demande pour les soins à domicile à s'intensifier.</p>	<p>Réduction du nombre de personnes âgées, et retour au pays des personnes âgées d'origine étrangère.</p> <p>Dans ce scénario, la crise du modèle serait avérée. Cette crise est la combinaison de trois phénomènes : 1) un rejet de la personne âgée du modèle institutionnel ; 2) un retour des personnes d'origine étrangère dans leur pays natal avec une continuité dans la baisse du solde migratoire externe 3) une augmentation du nombre de décès chez les personnes âgées (COVID).</p>	<p>Augmentation de la population bruxelloise et du nombre de personnes âgées à l'horizon 2070.</p> <p>Dans ce scénario, les projections démographiques suivent exactement celles annoncées par le Bureau du Plan.</p>
2 Nombre de lits	<p>De 11.500 à 16.700 lits au sein des MR/MRS</p> <p>Aujourd'hui, la Région bruxelloise dispose d'approximativement 15.000 lits agréés. Parmi ceux-ci seuls 12.500 lits sont effectivement utilisés.</p> <p>Selon les projections : - à l'horizon 2030 entre 11.500 et 12.000 lits seront occupés ; - à l'horizon 2040 entre 13.500 et 14.100 lits seront occupés ; - à l'horizon 2050 entre 16.000 et 17.000 lits seront occupés.</p>	<p>Augmentation du nombre de lits au sein des MR/MRS (plus de 18.000 lits en 2050).</p> <p>Dans ce scénario, pour faire face à une augmentation importante du nombre de personnes âgées, le nombre de lits en MR et MRS augmente fortement. A noter que cette augmentation se marque davantage au sein des MRS et ce pour répondre aux besoins émergents des personnes âgées. En effet, l'analyse de leur profil démontre que ceux-ci sont de plus en plus dépendants, présentant</p>	<p>Stabilisation à 11.500 lits au sein des MR/MRS</p> <p>Dans ce scénario, la prise en charge des personnes âgées à domicile est privilégiée. L'augmentation du contingent et le soutien au secteur à domicile, induit de facto un besoin moindre de lits en MR/MRS. Ainsi, les personnes âgées autonomes, qui le souhaitent, pourraient rester dans leur domicile.</p>	<p>Un nombre de lits vides conséquents (9.500 lits)</p> <p>Dans ce scénario, une réduction du nombre de lits est constatée avec un taux d'occupation en berne. Un élément observable serait : le constat de failles de plusieurs structures, la fermeture de lits, ...</p>	<p>Stabilisation à 11.500 lits au sein des MR/MRS</p> <p>Dans ce scénario, les alternatives à la MR/MRS sont privilégiées. Le développement et le soutien de ces alternatives, peu importe leur forme, induit de facto un besoin moindre de lits en MR/MRS. Ainsi, les personnes âgées autonomes, qui le souhaitent, pourraient se diriger vers ce type d'infrastructure.</p>
3 Profil des résidents	<p>Des personnes âgées de plus en plus dépendantes</p> <p>Une augmentation des résidents avec un profil de dépendance élevé (B, C, Cd et D) est observée au sein des MR/MRS. Il est également constaté que la proportion des résidents présentant des démences ou des dépendances totales au sein des MR est élevée et continue d'augmenter ces dernières années.</p>	<p>La prise en charge exclusive des profils lourds versus la mixité au sein des MR</p> <p>Dans ce scénario, les résidents au sein des MR continuent de devenir de plus en plus dépendants. Pour prendre en charge cet enjeu, deux hypothèses sont évoquées dans ce scénario :</p> <p>- <u>Premier modèle</u> : dans ce modèle, la mixité des profils au sein des MR/MRS est maintenue ceci dans l'objectif d'offrir aux résidents une qualité de vie, un environnement agréable et ne pas faire de la MRS une forteresse médicalisée. Ceci nécessite que la Région prévoit des moyens financiers conséquents pour financer l'ensemble de ces lits.</p> <p>- <u>Second modèle</u> : afin de contrer la croissance de l'institutionnalisation des personnes âgées, le modèle va tendre vers des maisons de repos et de soins qui seront fortement médicalisées où les profils indépendants (de type O et A) ne peuvent se retrouver.</p>	<p>Des personnes âgées autonomes faisant le choix de rester chez elles</p> <p>Un monitoring pointu des personnes âgées vivant à domicile est important, ceci afin :</p> <p>- de s'assurer que la personne âgée est bien en mesure de rester chez elle, que son état de se dégrade pas trop rapide pour arriver trop tardivement dans des structures d'hébergement, - d'adapter l'offre de service à domicile à la demande et aux besoins des personnes âgées.</p> <p>A noter que les profils O & A représentent 3.500 lits au sein des MR/MRS.</p>	<p>Des profils exclusivement autonomes (O et A)</p> <p>Afin de pallier à un taux d'occupation faible, le secteur attirerait des profils "autres" afin de combler les lits vides. Le service hôtelier serait deviendrait l'échappatoire pour le secteur</p>	<p>Des personnes âgées autonomes faisant le choix de vivre ensemble</p> <p>En fonction de l'état de santé et de la dépendance de la personne âgée, cette dernière peut/doit intégrer une alternative existante sur le territoire bruxellois.</p> <p>Les personnes âgées présentes au sein des alternatives sont principalement des personnes autonomes. En revanche, il n'est pas ici question de se focaliser uniquement sur les fragilités physiques de la personne âgée mais également de prendre en compte sa fragilité sociale.</p> <p>Ces personnes doivent volontairement avoir fait le choix de la vie en collectivité. Le changement de mentalité, observé ces dernières années, encourage le développement des alternatives et du semi-résidentiel.</p> <p>A noter que les profils O & A représentent 3.500 lits au sein des MR/MRS.</p>

		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5
		Scénario tendanciel	Scénario résidentiel	Scénario du maintien à domicile	Scénario de crise	Scénario alternatif
		<i>Scénario tendanciel - Fin de cycle/ de la logique</i>	<i>Scénario résidentiel - Priorité à l'hébergement</i>	<i>Scénario - Home safe home</i>	<i>Crise du modèle d'hébergement</i>	<i>Scénario alternatif - Hybridation de la prise en charge</i>
4	Structure	<p>Un secteur marqué par la présence du secteur privé, où une disparition des petites structures au profit des plus grandes est observée</p> <p>A Bruxelles, les structures se partagent entre trois secteurs (privé, public et associatif) avec une prédominance du secteur privé ainsi qu'une montée en puissance, ces dernières années, du secteur associatif.</p> <p>Au fil des ans, la Région bruxelloise a également vu un nombre croissant de petites maisons de repos disparaître au profit de structures plus grandes. Cette disparition s'explique notamment par un renforcement des normes encadrant les MR/MRS. Aujourd'hui, la majorité des MR/MRS comptent entre 50 et 150 lits.</p>	<p>Une consolidation du secteur à la hausse</p> <p>Dans un scénario où les structures résidentielles de type MR/MRS sont privilégiées, une consolidation à la hausse du secteur est à prévoir.</p> <p>Un débat autour du partage des parts du marché entre les différents secteurs existent mais ne doit pas cristalliser les discussions. A noter que les MR/MRS, publiques/ privées /associatives, rencontrent pour la plupart les mêmes enjeux.</p> <p>Pour contre-carrer ce phénomène, une programmation sectorielle pourrait être envisagée, sur le modèle de la Wallonie ou de la Flandre.</p>	<p>Une réduction des structures résidentielles au profit des soins à domicile</p> <p>Le renforcement des soins à domicile nécessite de penser le secteur de manière intersectorielle, afin de favoriser la coordination et les interactions entre les différents corps de métiers.</p> <p>Au sein du secteur des soins à domicile, acteurs privés et publics coexistent. Une hypothèse d'évolution serait de formaliser davantage cette coexistence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un système public, soutenu par les pouvoirs publics, cohérent. Avec des subsides et un cadre normatif lisible. - un système privé, qui fonctionne de manière autonome, en confiance avec les pouvoirs publics. <p>Ces deux systèmes doivent être intégrés, complémentaires et accompagnés d'une assurance qualité.</p>	<p>Diminution du nombre de MR/MRS, dualisation sectorielle (privé - €€€, public - €)</p> <p>La dualisation engendrerait un clivage important avec d'un côté les personnes en capacité de payer un service hôtelier et de l'autre des personnes qui seraient systématiquement soutenues financièrement par le CPAS. Ce clivage obligerait encore davantage le secteur public à pallier à la crise du logement.</p>	<p>Un partage des parts de marché entre les secteurs (privé/associatif/public), des MR, des soins à domicile et des alternatives</p> <p>Dans ce modèle, les alternatives coexistent au côté des structures résidentielles et des soins à domicile.</p>
5	Cadre normatif	<p>Des normes qui évoluent progressivement</p> <p>Dans ce scénario, le système s'oriente progressivement vers une évolution des normes. Des réflexions sont en cours afin d'adapter les normes peu flexibles qui ne permettent plus aux MR de disposer des professionnels nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées.</p> <p>Cette évolution progressive des normes, s'accompagne par des réflexions sur l'échelle de Katz et son fonctionnement. Cette échelle de Katz qui aujourd'hui est caractérisée d'obsoleète, considérée comme trop réductrice et dès lors peu pertinente.</p>	<p>Un rééquilibrage des normes</p> <p>Dans ce scénario, les normes sont rééquilibrées permettant de disposer au sein des MR/MRS du personnel nécessaire à la prise en charge des résidents. Ce rééquilibrage doit se baser sur les besoins réels des personnes âgées.</p> <p>Dans cette dynamique, il sera pertinent de mener une réflexion sur le type de profil professionnel pertinent à avoir au sein des MR/MRS.</p> <p>Le basculement des lits actuels MR vers MRS engendrerait une augmentation approximative de 24 millions à l'horizon 2030 (B, C, Cd)</p>	<p>Revoir le contingent à la hausse</p> <p>Dans ce scénario, le contingent est revu pour plus de flexibilité. Cette révision passe par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) une augmentation du contingent. Deux options sont à investiguer : soit une augmentation du contingent dans son ensemble, soit une augmentation du contingent pour certains types de services ; 2) davantage de flexibilité à travers la mise en place d'un contingent composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Ceci dans l'objectif de permettre aux professionnels du secteur de mieux anticiper et planifier les soins octroyés aux personnes âgées. <p>Dans ces réflexions sur le contingent, le système de remboursement des soins peut également être revu afin de mettre un terme à la course aux soins et de contrecarrer la concurrence entre les soins à domicile et les soins en hôpitaux.</p> <p>Une augmentation du contingent de 10% occasionnerait un surcoût de 1.100K€ à l'horizon 2030 et de 900K€ à très court terme.</p>	<p>Des normes inchangées</p> <p>Dans ce scénario, les normes restent inchangées et les enjeux qui sous-tendent ces normes demeurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les normes actuelles et le financement lié ne favorisent pas le maintien des personnes âgées en bonne santé ; - les normes ne permettent pas aux MR de disposer des professionnels nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées. 	<p>Créer le cadre</p> <p>La mise en œuvre de ce scénario passe <i>de facto</i> par la définition d'un cadre légal dédié aux alternatives à Bruxelles. Ce cadre passe par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la définition d'une vision politique, 2) un financement adapté (permettant à ces structures de se développer et d'exister sur le long terme), 3) des freins solutionnés. <p>Ce cadre légal doit permettre de définir un commun dénominateur mais laisse, aux différentes alternatives, une marge de flexibilité dans l'exercice de leur mission de prise en charge des personnes âgées. En effet, les formes d'alternatives sont fortement variées et ne permet pas de définir un cadre stricte et commun pour l'ensemble de ces structures.</p>
6	Culture	<p>La multiculturalité chez les personnes âgées en hausse</p> <p>La proportion de personnes âgées de nationalité non belge continuera d'augmenter au cours de ces dix prochaines années. La culture ayant une influence sur la perception du vieillissement et la conception des soins aux personnes âgées nécessitera des adaptations dans la prise en charge des personnes âgées.</p>	<p>La notion de culture prise en charge au sein des MR/MRS</p> <p>La culture différente revêt une forme d'opportunité pour le secteur. Une approche innovante permettant de mieux intégrer les besoins "étrangers" offre une nouvelle clientèle au secteur</p>	<p>Des soins adaptés à la culture</p> <p>Dans ce cas, comme la personne fait entrer l'aïdant dans sa maison, la barrière culturelle semble plus faible ou plus facilement surmontable que dans le résidentiel où les locaux sont "standardisés".</p>	<p>La notion de culture, difficilement prise en charge au sein des MR/MRS</p> <p>Le rejet du secteur résidentiel se traduit également par un rejet plus prononcé du secteur résidentiel par les personnes dont la culture est différente.</p>	<p>Des structures qui tiennent compte de la multiculturalité</p> <p>L'augmentation de la multiculturalité à Bruxelles nécessite d'aller davantage vers les personnes âgées pour leur proposer de l'aide, formelle ou informelle. Les personnes d'origine étrangère connaissent moins bien leurs droits et disposent d'une moins bonne lisibilité du système et de l'offre proposée sur le territoire.</p>

	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5	
	Scénario tendanciel	Scénario résidentiel	Scénario du maintien à domicile	Scénario de crise	Scénario alternatif	
	<i>Scénario tendanciel - Fin de cycle/ de la logique</i>	<i>Scénario résidentiel - Priorité à l'hébergement</i>	<i>Scénario - Home safe home</i>	<i>Crise du modèle d'hébergement</i>	<i>Scénario alternatif - Hybridation de la prise en charge</i>	
7	Alternatives	<p>Des alternatives peu soutenues</p> <p>Le modèle n'est pas modifié et n'est pas soutenu (pas de modification législative, pas de soutien financier structurel, pas de monitoring, ...)</p>	<p>Des structures qui proposent de offres "très maison de repos"</p> <p>Dans ce scénario, les MR se développent et intègrent une offre autour du modèle existant. Ce scénario indiquerait un transfert des alternatives vers les MR ou la stagnations des alternatives. Ce phénomène pourrait se réaliser dans une crise immobilière qui avantagerait les groupes ou les structures déjà existants.</p>	<p>Des structures qui offrent une "palette de services"</p> <p>Ce scénario représenterait une parfaite collaboration entre les MR, les alternatives et le maintien à domicile. L'offre de service serait construit suivant une approche territoriale qui proposerait à toutes personnes âgées un service accessible et continu (dans le respect de l'évolution des besoins de la PA). Le cadre idéal serait</p>	<p>Une offre importante d'alternatives "libres"</p> <p>Dans cette crise du secteur classique, on pourrait voir apparaître une nouvelle forme de structure privatisée poussée par une forme de "libéralisation anarchique". Dans ce cadre, seul les personnes avec un revenu supérieur trouveraient leur bonheur. En opposition, cette libéralisation anarchique ouvre la place à des structures non légitimées où la qualité de la prise en charge est en péril.</p>	<p>Des structures qui proposent des offres différentes et intégrées</p> <p>Dans ce scénario, -les MR se développent et intègrent des offres multiples (MR, résidence service, centre de soins de jour). Ceci dans l'objectif de contrecarrer le sentiment de rupture souvent présent lorsque les personnes âgées arrivent en MR, mais également de créer un lien de confiance entre la personne âgée et la structure. Pour mettre en œuvre ce type de structure, il est nécessaire 1) de lever les freins existants, 2) de débiter avec des projets pilotes, pour ensuite évaluer leur mise en œuvre. -les alternatives (hors périmètres des MR) sont davantage soutenues, à la construction, à la mise en œuvre, durant le fonctionnement...</p> <p>Pour mettre en œuvre ce type de structure, il est nécessaire 1) de lever les freins existants, 2) de débiter avec des projets pilotes, pour ensuite évaluer leur mise en œuvre.</p>
8	Accessibilité	<p>Des structures peu accessible pour une part significative de la population bruxelloise</p> <p>L'accessibilité financière des MR est régulièrement questionnée. Dans ce scénario tendanciel, le coût de l'hébergement au sein des maisons de repos continue d'augmenter alors que la population âgée devient, quant à elle, de moins en moins favorisée socioéconomiquement.</p> <p>Les coûts de construction et de transformation continuent d'augmenter, ce qui rend difficile - pour les structures - d'offrir des coûts d'hébergement bas.</p> <p>L'image du secteur constitue également un frein à prendre en compte. Peu de personnes âgées souhaitent entrer en MR, dans son modèle actuel. Les MR sont considérées comme un accélérateur à la perte d'autonomie, un endroit dont l'irréversibilité est questionnée et où les personnes âgées ne se sentent pas vraiment chez elles.</p> <p>Le secteur de la MR est très peu attractif pour les personnes âgées, mais pas que. Les professionnels de la santé ont également tendance à se diriger vers d'autres structures, comme les hôpitaux, pour exercer leurs fonctions.</p>	<p>Le secteur des MR en position de quasi-monopole</p> <p>Compte tenu des faibles alternatives disponibles, d'une part, et du delta entre le revenu des citoyens et le coût d'entrée élevé dans les MR, d'autre part, le pouvoir public se retrouve contraint à davantage intervenir afin d'offrir un milieu de vie décent à ses aînés.</p> <p>Ce surcoût est à la charge soit du CPAS soit d'Iriscare. Dans les deux situations, la solidarité des bruxellois sera mobilisée.</p>	<p>Renforcer les moyens et coordonner</p> <p>La rentabilité des soins, pour les professionnels du secteur, n'est pas homogène. En effet, certains soins sont plus rentables. Ceci a un impact sur la disponibilité de certains soins (exemple : les prestations kiné à domicile).</p> <p>Visibilité de l'offre : le secteur des soins à domicile est un secteur fortement morcelé, au détriment de la personne âgée. Dans ce scénario, une meilleure structuration des soins est à mettre en place au travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition d'une stratégie commune et partagée afin de mieux conseiller et accompagner la personne âgée dans son évolution; - la fusion/ le regroupement de petits services/structures afin de réaliser des économies d'échelle et d'améliorer la visibilité du secteur. <p>Ce scénario doit permettre d'améliorer l'accessibilité à des soins adaptés et de qualité pour tous.</p>	<p>Une crise qui impose les soins à domicile</p> <p>Cette situation, si elle n'est pas anticipée à minima pourrait conduire les professionnels à faire des choix entre deux patients et renforcer cette notion de pénurie de personnel ou encore renforcer cette notion de gestion chaotique et non coordonnée.</p> <p>Malgré ce fait, l'accessibilité de la maison de repos est faible à cause du manque de moyens de la PA mais également car l'accessibilité est n'est pas souhaitée par la PA.</p>	<p>Soutenir davantage de le secteur et travailler sur la visibilité de l'offre</p> <p>Dans ce scénario, les alternatives ne sont plus des projets ponctuels de petites tailles mais se structurent davantage (en termes de taille et de nombre) autour du cadre légal créé. Elles deviennent dès lors plus accessible au grand public (en termes de nombre). Pour encourager la création de ce type de structure, un soutien dans la phase de création peut être envisagé. En effet, la mise sur pied d'une alternative requiert des moyens financiers conséquents. Cette aide au démarrage pourrait prendre la forme d'une TVA réduite pour la construction des alternatives.</p> <p>Il est tout de même préciser que les alternatives doivent rester des structures de taille réduites, ceci notamment dans l'objectif de maintenir une dynamique de vivre ensemble.</p> <p>Visibilité de l'offre : la structuration locale de l'offre est indispensable au sein du secteur. Ceci dans l'objectif de clarifier l'offre pour plus de visibilité pour les personnes âgées, d'une part, et pour les professionnels du secteur, d'autre part.</p> <p>Ce scénario doit permettre d'améliorer l'accessibilité à des soins adaptés et de qualité pour tous.</p>

		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4	Scénario 5
		Scénario tendanciel	Scénario résidentiel	Scénario du maintien à domicile	Scénario de crise	Scénario alternatif
		<i>Scénario tendanciel - Fin de cycle/ de la logique</i>	<i>Scénario résidentiel - Priorité à l'hébergement</i>	<i>Scénario - Home safe home</i>	<i>Crise du modèle d'hébergement</i>	<i>Scénario alternatif - Hybridation de la prise en charge</i>
9	Main d'œuvre	<p>Une pénurie de personnel de soins à compenser</p> <p>La pénurie de personnel de soins, que connaît actuellement le secteur, ne fait que s'exacerber. Cette pénurie se marque par un déficit de compétences et de formations, des formations majoritairement axée sur les hôpitaux.</p> <p>Il convient d'anticiper la pénurie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la mise en œuvre d'alternative à la prise en charge des soins (délégation des soins, accès à la profession, ...) -la refonte des normes d'encadrement dans l'objectif de renforcer la qualité des soins par la mise à disposition, de la personne âgée, du personnel formé. 	<p>Assouplir les normes pour répondre à la pénurie de personnel de soins</p> <p>Dans ce scénario, la problématique de la pénurie de personnel de soins est exacerbée au travers l'assouplissement des normes. Cet assouplissement est impératif et passe par l'évaluation des besoins des personnes âgées et une identification des profils de professionnels nécessaires pour répondre à ces besoins.</p> <p>Le secteur de la MR est inspiré du secteur hospitalité, avec donc une présence important de profils médicaux. Dans ce scénario, la MR s'ouvre à une polyvalence des qualifications (éducateurs, assistants logistiques, etc.) Ceci dans l'objectif d'aboutir à des MR plus ouvertes et polyvalentes.</p> <p>Dans ces réflexions, la mise en œuvre systématique d'une assistance logistique au sein des MR est à investiguer. Celle-ci permettrait aux personnels soignants de disposer de temps supplémentaire pour non pas effectuer des tâches logistiques mais passer davantage de temps avec les personnes âgées.</p>	<p>Transfert du personnel de la maison de repos vers d'autres secteurs</p> <p>Ce scénario dessine un transfert des compétences du résidentiel vers les autres secteurs.</p> <p>Le secteur des soins à domicile se caractérise par une main d'œuvre peu qualifiée avec une ancienneté assez importante. De l'autre côté, la demande est de plus en plus importante et les besoins des personnes âgées requiert des soins de plus en plus lourds. Le secteur doit anticiper le départ à la retraite de ses professionnels. Pour faire face à cet enjeu, il semble indispensable de revoir les conditions de travail et de rendre le secteur de l'aide à la personne âgée plus attractif. La préparation d'une nouvelle génération passe par des formations adaptées permettant aux futurs professionnels de disposer des compétences nécessaires.</p>	<p>Une pénurie de personnel de soins exacerbée</p> <p>La pénurie de personnel de soins, que connaît actuellement le secteur, ne fait que s'exacerber sans trouver de réelle solution au problème.</p>	<p>Offrir aux personnes âgées un accompagnement/soutien au sein même des alternatives</p> <p>Dans ce scénario, la question de l'accompagnement et du soutien des personnes âgées au sein même de la structure alternative peut être posée. Deux options peuvent être envisagées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mettre en place une "aide à la vie", aidant quotidiennement les personnes âgées ; 2) systématiser la présence de coachs pour créer/ dynamiser la cohésion sociale au sein de ces infrastructures. <p>La concurrence qui existe aujourd'hui entre le secteur des soins à domicile et le secteur de la santé a un impact sur la pénurie de certains profils au sein du secteur des soins à domicile.</p>
10	Institutionnel	<p>La maison de repos comme forteresse, un modèle à revoir</p> <p>La fermeture de la MR sur elle-même continue de s'exacerber, ne privilégiant pas une ouverture sur le quartier permettant de garder les personnes âgées dans un environnement social multigénérationnel, socialement actif au sein duquel elles peuvent jouer un rôle.</p>	<p>Un modèle unique privilégié</p> <p>Dans ce scénario, un acteur unique est identifié : le secteur du résidentiel classique. La coordination avec les autres acteurs sectoriel ne se pose pas.</p>	<p>Une coordination entre les acteurs de terrain</p> <p>La mise en œuvre de ce scénario passe par une coordination accrue des professionnels de soins. Un système centralisé de gestion de soins doit être envisagé.</p> <p>Cette coordination renforcée est également essentielle pour améliorer la prévention et permettre aux acteurs du secteur d'anticiper la dégradation de la vulnérabilité de la personne âgée lorsque celle-ci reste à domicile.</p>	<p>Une tension sur les acteurs du soutien à domicile</p> <p>Ce scénario de crise engendrera une tension accrue sur les acteurs du soutien à domicile.</p>	<p>Travailler en réseau</p> <p>Ce travail en réseau passe par :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'ouverture des quartiers, développer une approche proactive/préventive visant davantage à aller vers les personnes âgées ; 2) le renforcement des liens avec la première ligne (médecins, pharmaciens) ; 3) une meilleure lisibilité de l'offre auprès des personnes âgées mais également auprès des professionnels du secteur.

3. Conclusion

3.1. Le choix du scénario « hybridation de la prise en charge », futur souhaitable

Cette première section de conclusion vise à étayer le choix du scénario intitulé « hybridation de la prise en charge » comme futur souhaitable pour Bruxelles.

Le premier scénario d'évolution potentielle est le scénario tendanciel, basé sur les tendances actuelles observées et relié aux projections du bureau du plan afin d'avoir une vision objective. En revanche, compte tenu de la sous-activité observée au sein du secteur (taux d'occupation), du nombre de lits en portefeuille, il est aisé de conclure, à court et moyen terme, à l'impossibilité de créer de nouveaux lits. Ceci nous amène donc à nous diriger vers d'autres hypothèses d'évolution.

Le secteur résidentiel classique ne peut se suffire à lui-même. Le taux d'occupation en déclin conduit inexorablement à des pertes financières importantes pour le secteur. Il apparaît comme contradictoire d'observer des lits, des services, des ailes, des bâtiments vides alors que le marché de l'immobilier est saturé à Bruxelles, et ce pour la majeure partie de la population bruxelloise. Il convient dès lors de stabiliser le nombre de lits compte tenu :

- du coût à court et à long terme pour Iriscare,
- de l'abondance de lits,
- de la place prédominante du secteur résidentiel classique par rapport aux autres secteurs (domicile et alternative),
- de la forte représentativité des profils légers,
- du manque d'alternative sur le territoire bruxellois.

À noter qu'un nombre de lits inférieur au seuil actuel (11.305³⁵ lits au 30 juin 2021) est attractif financièrement pour Iriscare, mais semble très improbable compte tenu des projections démographiques à moyen terme. Tout comme la création de nouveaux lits (ou tout simplement une mise en activité de l'ensemble des lits autorisés) qui conduirait à des dépenses exorbitantes pour les finances publiques. C'est la raison pour laquelle nous préconisons, dans le scénario de prise en charge hybride, une stabilisation du nombre de lits.

Dans les discussions avec les acteurs de terrain, l'enjeu de la prise en charge des profils O et A est régulièrement abordé. Deux modèles ont été questionnés et étudiés :

- un premier maintien propose de maintenir la mixité des profils au sein des MR/MRS ;
- un second propose, quant à lui, de mettre à la disposition de ces profils O et A d'autres solutions d'hébergement alternatif.

Sur base des estimations et des hypothèses prises, nous constatons que la prise en charge des profils O et A en maison de repos est coûteuse mais il convient de préciser que l'économie réalisée reste modérée par rapport à une prise en charge dans une alternative (domicile ou alternative résidentielle). En effet, la suppression des lits O et A en maison de repos n'engendrerait pas une économie directe pour Iriscare. À ce jour, il existe déjà une pénurie d'alternatives (domicile et résidentielle), ce qui reviendrait à transférer le problème sur d'autres acteurs (les logements sociaux, sur les CPAS...) ou sur les familles avec comme principale conséquence un renforcement de la détresse des personnes âgées et un déclin dans une prise en charge adaptée et de qualité. Notons également qu'il est indispensable de

³⁵ Ce chiffre est défini au 8/3/2022 et il représente le nombre de journées facturées.

maintenir au cœur du système la notion de choix et de respecter le souhait des personnes âgées quant à la structure à intégrer.

Au niveau du financement des normes d'encadrement des maisons de repos, nous considérons déjà une mutation barémique (IFIC). En revanche, nous ne privilégions pas un financement supplémentaire sans « limite », mais nous considérons une refonte du mécanisme vers un financement plus agile. Celui-ci devrait avoir un impact modéré pour Iriscare et devrait conduire à un financement davantage en adéquation avec les besoins des personnes âgées. Cette refonte doit être entendue comme une modification de l'échelle d'évaluation des capacités de la personne âgée, une modification des normes d'encadrement (profil, nombre, accès à la profession) et l'identification de nouvelles recettes pour Iriscare.

Cette proposition prend d'autant plus de sens compte tenu de la difficulté du secteur à recruter du personnel paramédical et de réactivation, mais également du fait qu'elle tient davantage compte des moyens financiers disponibles à la Région bruxelloise.

Dans ce futur souhaitable, **il semble opportun de soutenir davantage le secteur des alternatives**. Les alternatives constituent des formes d'hébergement diversifiées et intéressantes pour les personnes âgées qui ne souhaitent pas intégrer directement une maison de repos. Le soutien et le développement du secteur des alternatives à Bruxelles permettraient d'offrir, aux personnes âgées relativement autonomes, un panel complet de services adaptés et accessibles. Ce soutien s'avère indispensable si la Région souhaite effectivement développer ce segment du secteur.

Ce scénario souhaitable démontre sa crédibilité à court terme (couverture du nombre de places³⁶ à l'horizon 2030 voire 2040), mais dans une perspective plus lointaine (2040 et 2050), le rythme de construction des places dans les alternatives devrait s'accélérer afin d'offrir des garanties aux personnes âgées de pouvoir bénéficier d'un service adéquat en 2050. A l'horizon 2050, le budget d'Iriscare pour le financement relié uniquement aux maisons³⁷ de repos approchera les 400 millions d'euros pour le financement de 11.500 lits. A noter qu'après cette période, et sur base des estimations actuelles, les 11.500 lits seraient exclusivement occupés par des profils « lourds³⁸ », une analyse de l'occupation des maisons de repos durant cette période sera nécessaire et conduira certainement à de nouveaux investissements dans les hébergements résidentiels classiques.

Par contre, les contraintes relatives aux alternatives sont encore nombreuses et de différents ordres (réglementaires, financiers, immobiliers, etc.). Il existe également une diversité d'alternatives. Il est dès lors indispensable :

- d'identifier les différents types d'alternatives possibles;
- d'identifier et de mettre en œuvre les leviers nécessaires pour lever ces freins,
- de soutenir ce secteur financièrement au travers d'un financement structurel. Ces moyens, qui devront provenir de sources diverses, pourront être affectés à la construction des alternatives, à l'accompagnement des personnes âgées dans ces alternatives, à la gestion, à l'accessibilité du service pour les personnes défavorisées, etc. Il conviendra d'affecter les moyens nécessaires pour permettre aux différents projets de se développer sur le territoire bruxellois.

³⁶ Voir chapitre 1.4.1.1 le nombre de places

³⁷ Soit notre indicateur 1.2 : coût des places

³⁸ Il n'y aurait plus de profil O et A dans les hébergements MR & MRS.

À noter tout de même qu'un système basé exclusivement sur les alternatives ne soit pas viable pour Bruxelles, ceci principalement en raison de :

- du nombre trop peu élevé d'alternatives sur le territoire ;
- du marché de l'immobilier saturé, qui ne facilite pas la recherche de bâtiments adaptés à ce type de structure résidentielle ;
- du profil type de la personne âgée attendu actuellement dans ces structures alternatives, car elle doit disposer d'un degré d'autonomie suffisamment élevé.
- l'absence de développement d'une offre de résidence service « médicalisée » ou spécialisée dans des « déficiences mentales »

C'est la raison pour laquelle nous préconisons, dans le scénario hybride, de soutenir et de développer le secteur des alternatives en cohérence avec les structures résidentielles classiques. Dans ce scénario souhaitable, il convient également de soutenir les innovations au sein des structures résidentielles et de les encourager à développer des solutions alternatives pour répondre aux besoins de la personne âgée.

Dans un contexte où les personnes âgées semblent plus que jamais désireuses de rester chez elles, le scénario hybride vise également à **favoriser le maintien à domicile**. Ceci au travers :

- de l'augmentation du contingent ;
- de la mise en place d'aides financières visant une meilleure coordination au sein du secteur.

Dans le cadre limité de notre étude, nous constatons que le coût des aides familiales reste important en termes de coût par personne « soutenue ».

Nous n'avons pas étudié la capacité du secteur à faire face à une demande supplémentaire, en termes de recrutement notamment. Dans cette perspective et compte tenu de l'actualité sanitaire, nous avons privilégié un soutien plus important à ce secteur, mais qui se veut prudent afin de rester dans des balises réalistes. Il convient également de s'assurer de la cohérence avec la politique menée en COCOF.

Enfin, ce scénario hybride apparaît davantage pertinent, car il offre une maîtrise des dépenses pour Iriscare par la diversification de son offre de service à destination des personnes âgées. Cette diversification des services conduira très probablement à un renforcement de l'accès aux différentes structures ainsi qu'à des services adaptés. Du côté du patient, il nous semble pertinent de souligner que ce modèle devrait offrir un accès plus aisé, mais également moins onéreux. Cette diversification semble d'autant plus légitime qu'elle ramènerait la Région bruxelloise vers des choix de dépenses à destination de la personne âgée plus en adéquation avec les dépenses observées par l'OCDE³⁹.

Il semble également important de préciser que d'un point de vue démographique, il est observé une chute des personnes de plus de 80 ans entre le 1/1/2020 et le 1/1/2021 (-1.474) mais que les projections motivent une explosion des plus de 80 ans en 2040 et 2050.

³⁹ Nous nous référons aux données reprises dans le benchmark de l'OCDE relatif aux lits en maisons médicalisées de soins de longue durée pour 1000 personnes de plus de 65 ans dans notre chapitre évolution du contexte socio-économique

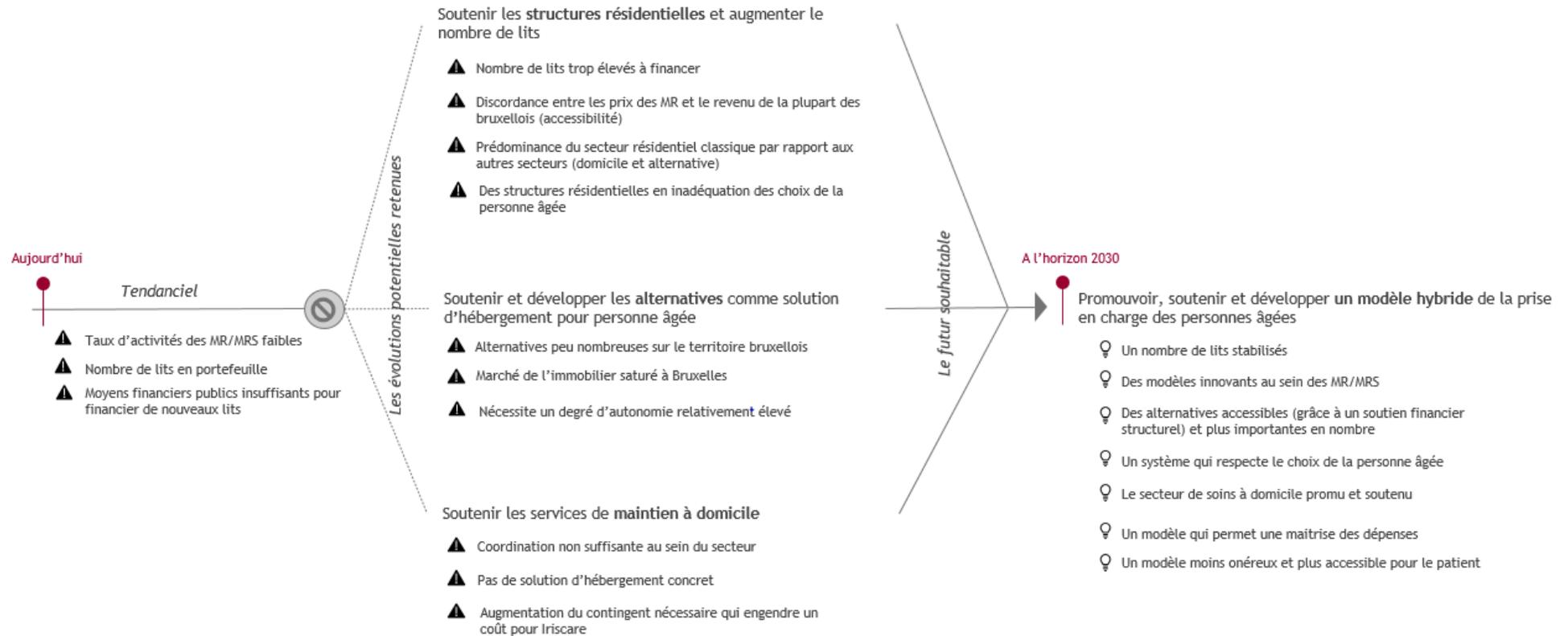
	2019	2020	2021	2031	2041	2051
80-84ans	22688	22570	22154	26434	30535	35615
85-90 ans	16270	15992	15217	15433	19953	24514
90-94 ans	8009	8070	7915	7587	9916	12470
95-99 ans	2231	2291	2154	2248	2529	3563
100 et +	219	261	270	337	348	481
total	49417	49184	47710	52039	63281	76643

L'effet de la crise sanitaire devrait également pousser les chiffres à la baisse durant l'année 2021. Cet effet amènera également à avoir une projection démographique ralentie⁴⁰ pour les personnes âgées et donc permettre la construction d'hébergements en parallèle. Cette observation renforce également l'idée de revoir le modèle par l'évolution d'une population qui sera très certainement différente en termes de préjugés, d'exigences, de cultures, ...

En revanche, ce scénario amène à repenser le financement des maisons de repos et maisons de repos et de soins. Même si cela peut sembler difficile, rappelons que l'échelle de Katz est critiquée depuis des décennies et qu'il convient, enfin, de se saisir de ce problème pour offrir un financement adapté au secteur, d'offrir une prise en charge adaptée aux besoins de chaque résident, mais également de réfléchir à un encadrement adapté à la situation actuelle afin de compenser la pénurie de certains profils.

⁴⁰ Par rapport aux projections du 08/02/2022 utilisées dans le présent rapport (voir 1.4.1.1)

Représentation schématique de la conclusion :



3.2. Projection démographique et programmation

Si nous superposons les projections démographiques avec les estimations des places estimées dans le cadre de cette programmation nous observons que :

Légende des tableaux :

- Dans 10, 20 et 30 ans : il s'agit des projections pour les prochaines décennies
- Projection : il s'agit de la projection du nombre de places selon les projections du Bureau Fédéral du Plan (voir présent chapitre au point 1.4.1.1)
- Personnes âgées : il s'agit du nombre de personnes âgées potentiellement bénéficiaires d'un lit en maison de repos (et de soins), d'une alternative ou d'un service d'aide à domicile (soit l'addition des places MR/MRS, des places alternatives créées, et le soutien à domicile nouvellement financé.
- MR/MRS : il s'agit du nombre de places occupées en maison de repos (et de soins) sur base des projections reprises ci-dessus au point 1.4.1.1
- Alternative : il s'agit des places créées dans les alternatives sur base du scénario hybride voir présent chapitre au point 1.4.4
- Domicile : il s'agit des nouvelles prises en charge au domicile sur base du scénario hybride voir présent chapitre au point 1.4.5
- Delta : il s'agit de l'écart entre les projections du nombre de places et le nombre de personnes bénéficiaires.

	proposition					
	Projection	Pers. Agées	MR/MRS	Alternative	Domicile	Delta
dans 10 ans	11 491	12446	11500	634	312	955
dans 20 ans	13 994	13392	11500	1268	624	-602
dans 30 ans	16 660	14338	11500	1902	936	-2 322

- Pour 2030, nous visualisons clairement que cette perspective permet de couvrir la projection.
- Pour 2040, une perspective négative est déjà observée. Il conviendra d'augmenter le nombre de places en maisons de repos (ou dans un autre secteur).
- Pour 2050, 16.660 places seront nécessaires. Ce nombre coïncide avec la totalité des lits autorisés par Iriscare (soit 16.447) mais ne considère aucune création d'alternatives, ce qui semble très peu probable dans ce scénario hybride.

Dans cette proposition, il convient d'envisager l'ouverture de 600 lits⁴¹ à l'horizon 2040 et 1.700 lits supplémentaires entre 2040 et 2050 (sans intégration des 3%⁴² complémentaire) :

Taux à 100%	Projection	Pers. Agées	MR/MRS	Alternative	Domicile	A Agréer
dans 10 ans	11 491	12446	11500	634	312	0
dans 20 ans	13 994	13992	11500	1268	624	600
dans 30 ans	16 660	16638	11500	1902	936	2300

Légende du tableau :

- A Agréer : il s'agit du nombre de places à « créer » pour compenser le delta évoqué ci-avant. On suppose que l'occupation des MR/MRS sera de 100%.

⁴¹ Delta entre nombre de personnes âgées couvertes et le nombre de personnes âgées estimé dans les projections du Bureau du Plan.

⁴² Voir 1.4.1.1 du présent chapitre

Dans cette hypothèse, 11.500 lits seraient financés dans 10 ans, 12.100 lits MR/MRS (soit 11.500 + 600) dans 20 ans et 13.800 lits dans 30 ans. Dans cette hypothèse, il semble anormal que la vitesse de création d'alternatives soit inférieure à la création de places en maisons de repos. Il convient dès lors de signaler que des efforts plus importants qu'initialement prévu dans le scénario devront être consentis dans 10 et 20 ans (entre 2030 et 2050, le budget infrastructure devrait alors être revu à la hausse).

Si nous considérons un taux d'occupation de 97% sur les places en MR/MRS, il convient de revoir le nombre de places à agréer à la hausse. Avec un taux de 97% des places MR/MRS, nous obtenons la perspective suivante :

	Projection	Pers. Agées	MR/MRS	Alternative	Domicile	A Agréer	Total Agréer	Total facturé
dans 10 ans	11 491	12 446	11 500	634	312	-		11 500
Taux à 97%		12 802	11 856				11 856	
dans 20 ans	13 994	13 992	11 500	1 268	624	600		12 100
Taux à 97%		14 366	11 856			619	12 474	
dans 30 ans	16 660	16 638	11 500	1 902	936	2 300		13 800
Taux à 97%		17 065	11 856			2 371	14 227	

La ligne « 97% » représente le nombre de places à agréer afin d'assurer un taux d'occupation à 97% de l'ensemble des places dans le secteur maison de repos. Ces places agréées supplémentaires (+427 à l'horizon de 30 ans) ne sont pas considérées comme un coût pour Iriscare, car elles ne devraient pas être occupées.

Le total agréer totalise les lits MR/MRS et A agréer

Le total facturé représente l'addition des lits à un taux d'occupation de 97% qui seront financés réellement par Iriscare.

Ce taux de 3% est estimé ci-dessus (1.4.1.1)

Dans cette perspective, dans 30 ans, **14.227 places agréées** seraient nécessaires, ce nombre reste très largement inférieur aux nombres de lits autorisés actuels par Iriscare.

La question du profil reste ouverte à ce stade. Malgré le constat que la majeure partie des pays nous entourant (France, Allemagne et Pays-Bas) se montrent plus restrictif quant à l'accès de profils légers en maison de repos, nous comprenons que des enjeux importants se cachent derrière ses profils ce qui souligne à nouveau la vétusté de l'échelle de Katz.

Dans le tableau suivant, nous extrapolons le nombre de profils O et A sur base de la composition actuelle⁴³ en maison de repos (colonne répartition en %). Cette extrapolation pour 10, 20 et 30 ans se fonde sur les projections démographiques du Bureau du Plan et sur cette colonne répartition.

Avec cette estimation, nous souhaitons imaginer une répartition des différents profils actuels dans les structures selon la projection démographique du Bureau Fédéral du Plan (voir 1.4.1 du présent chapitre). Une projection de l'affectation des profils actuels donnerait :

	2021		10 ans		20 ans		30 ans	
PA	11305	Rép.	11500	Rép.	13994	Rép.	16660	Rép.
O	1721	15,2%	1750	15,22%	2130	15,22%	2536	15,22%
A	1743	15,4%	1773	15,42%	2158	15,42%	2569	15,42%
B	3219	28,5%	3275	28,48%	3985	28,48%	4744	28,48%

⁴³ 2021.

C	1289	11,4%	1311	11,40%	1596	11,40%	1900	11,40%
Cd	3198	28,3%	3254	28,29%	3959	28,29%	4713	28,29%
D	134	1,2%	137	1,19%	166	1,19%	198	1,19%

Dans le tableau suivant, nous extrapolons l'affectation des lits au sein du domicile, des alternatives et des maisons de repos (et de soins).

1. Nous comptabilisons les places **B-C-Cd-D** et nous les affectons directement dans le secteur des maisons de repos et maisons de repos et de soins.
2. Pour les profils **O & A**, nous affectons prioritairement ces profils dans les alternatives/domiciles et le solde est « orienté » dans le secteur des maisons de repos.
3. A l'horizon 2050, cette simulation préconise la présence de 16%⁴⁴ des résidents comme profil léger soit 2.267 résidents.

Cette simulation confirmerait la tendance liée à l'augmentation des profils lourds en maison de repos. En effet, le secteur résidentiel passerait de 70% de profils lourds à 84% de profils lourds. Il convient de préciser que cette perspective repose sur l'évaluation de Katz et qu'il est déjà reconnu que les profils O et A actuels cachent des profils plus complexes. Cette projection, reliée à la recommandation de l'utilisation d'une échelle « adaptée » (BelRai), semble offrir une vue réaliste quant à la composition des profils au sein des maisons de repos.

	2021		10 ans		20 ans		30 ans	
PA	11305	Rép.	11500	Rép.	13994	Rép.	16660	Rép.
O	1721	15,2%	1750	15,22%	2130	15,22%	2536	15,22%
A	1743	15,4%	1773	15,42%	2158	15,42%	2569	15,42%
B	3219	28,5%	3275	28,48%	3985	28,48%	4744	28,48%
C	1289	11,4%	1311	11,40%	1596	11,40%	1900	11,40%
Cd	3198	28,3%	3254	28,29%	3959	28,29%	4713	28,29%
D	134	1,2%	137	1,19%	166	1,19%	198	1,19%

1	}	B-C-Cd-D	B-C-Cd-D		B-C-Cd-D		B-C-Cd-D	
			Lits	D	Lits	D	Lits	D
			7976	11500	9706	12100	11555	13800
2	}	O-A	Alt.-Dom		Alt.-Dom		Alt.-Dom	
			Dom	O-A	Dom	O-A	Dom	O-A
			3524	946	4288	1892	5105	2838
3	}	O et A en MR		O et A en MR		O et A en MR		
			2578		2396		2267	
		% des O et A		% des O et A		% des O et A		
			22%		20%		16%	

Au niveau financier, cette proposition engendrerait une charge estimée pour Iriscare :

⁴⁴ Ce taux reste en adéquation avec les observations faites dans le benchmark programmation et en adéquation avec la décision de limiter les profils à faible capacité à 13% voir « Contrat entre la communauté germanophone et le centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées Residenz Leoni ainsi que décret gouvernemental accordant une subvention pour l'année 2021 au centre d'hébergement et de soins pour personnes âgées Residenz Leoni ». A noter que la communauté germanophone utilise le BelRai Screener.

	MRPA						MRS			
	O	A	B	C	Cd	D	B	C	Cd	
Aujourd'hui	15,22%	15,42%	7,71%	4,29%	8,17%	1,19%	20,77%	7,11%	20,12%	places facturées
Aujourd'hui	1721	1743	871	485	924	134	2348	804	2274	11305
Aujourd'hui	7 992 903 €	16 978 409 €	16 974 752 €	14 713 214 €	29 958 367 €	2 867 430 €	76 763 957 €	28 942 752 €	84 216 051 €	279 407 835 €
Dans 10 ans	11,21%	11,21%	8,88%	5,46%	9,35%	2,36%	21,95%	8,29%	21,29%	places facturées
Dans 10 ans	1289	1289	1021	628	1075	272	2524	953	2449	11500
Dans 10 ans	6 889 164 €	14 713 127 €	23 455 295 €	22 544 798 €	41 211 499 €	6 814 373 €	97 700 009 €	40 600 393 €	107 306 750 €	361 235 408 €
Dans 20 ans	9,90%	9,90%	9,25%	5,84%	9,72%	2,74%	22,32%	8,66%	21,67%	places facturées
Dans 20 ans	1198	1198	1120	706	1176	331	2701	1048	2622	12100
Dans 20 ans	7 358 106 €	15 877 389 €	29 804 211 €	29 127 680 €	51 893 247 €	9 324 492 €	120 707 696 €	51 357 878 €	132 230 769 €	447 681 469 €
Dans 30 ans	8,21%	8,21%	9,74%	6,32%	10,20%	3,22%	22,80%	9,14%	22,15%	places facturées
Dans 30 ans	1134	1134	1344	872	1408	444	3147	1262	3056	13800
Dans 30 ans	8 019 821 €	15 991 700 €	37 008 705 €	36 924 437 €	63 667 507 €	12 882 182 €	144 365 451 €	63 322 330 €	157 767 569 €	539 949 703 €

Ce tableau intègre une répartition des places selon l'hypothèse reprise ci-avant. Les montants dépensés pour les MR/MRS reposent sur une répartition des profils, sur les montants indexés (et intègre déjà l'indexation du 1/3/22) et sur base des jours facturés.

3.3. Recommandations

3.3.1. Recommandations transversales

- ❖ Recommandation 1 : Renforcer le personnel d'encadrement au sein des MR/MRS.

L'étude aborde, à plusieurs reprises, le déficit d'encadrement au sein des MR/MRS. Les normes d'encadrement en vigueur dans le secteur sont souvent épinglées comme en deçà du nombre de professionnels effectivement nécessaires pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes âgées (cf. *Partie II : Analyse des variables, Fiche 8 - Normes*).

Compte tenu du nombre insuffisant de certains profils, il est indispensable de repenser le cadre normatif qui régit le personnel. Cette refonte du cadre est certes l'occasion de se pencher sur la redéfinition du nombre de personnel nécessaire au sein des MR/MRS mais également de s'interroger sur les types de profils/compétences à avoir au sein des MR/MRS dans l'objectif de répondre aux mieux à l'ensemble de besoins des personnes âgées.

C'est pourquoi nous préconisons :

- d'aligner les normes d'encadrement des MR et les normes d'encadrement des MRS afin de disposer d'une seule norme d'encadrement ;
- de se pencher sur le critère de la qualité au-delà du critère de quantité. La réflexion doit davantage se mener autour des besoins des personnes âgées et la manière dont les MR/MRS peuvent disposer des professionnels adéquats pour y répondre.

Aujourd'hui, les besoins de la personne âgée se sont complexifiés et la norme actuelle semble obsolète pour répondre à l'ensemble de leurs besoins

- ❖ Recommandation 2 : Revoir l'échelle de Katz.

Bien que l'échelle de Katz ait un intérêt indéniable, son obsolescence est soulevée à plusieurs reprises par les acteurs du secteur (cf. *Partie II : Analyse des variables, Fiche 8 - Normes*). D'autres outils permettent d'évaluer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance de la personne âgée. Le BelRai Screener est un outil pertinent à investiguer en ce qu'il reprend, sur les cinq facteurs qui le composent, deux facteurs issus de l'échelle de Katz. Le BelRai Screener peut dès lors être investigué comme outil intermédiaire entre l'échelle de Katz et le BelRai.

Cette transition nécessitera, à court terme une réflexion sur l'adéquation de l'outil avec les besoins du secteur, ainsi qu'une réflexion sur l'identification des personnes qui seront en charge d'évaluer la personne âgée (personnel de maison de repos, médecin-conseil, gériatre, ou au sein d'Iriscare), à moyen terme, le financement et la formation du personnel en charge de l'outil, une prise en charge adaptée, etc.

- ❖ Recommandation 3 : Revoir le modèle de financement.

Le modèle de financement actuel, caractérisé de « pervers » par certains acteurs du secteur, encourage la dépendance et non pas l'autonomie des personnes âgées.

L'étude recommande dès lors :

- d'investiguer la mise en place d'un modèle de financement basé non pas sur la dépendance de la personne âgée, mais bien sur ses besoins réels. Renverser le paradigme pour engendrer une image positive de l'accompagnement de la personne âgée ;
- d'axer davantage le financement des profils O et A sur d'autres aspects que la dépendance physique comme, par exemple, sur les problèmes sociaux/mentaux de la personne âgée ;
- réduire le coût à charge du résident à travers la mise en place d'un système de cotisation solidaire ou de péréquation. Iriscare, sous peine de voir la problématique financière des CPAS bruxellois se renforcer, devrait se saisir du problème ;
- dans cette même optique, il peut être intéressant de s'intéresser aux bonnes pratiques observées aux Pays-Bas où les frais à charge du résident sont notamment déterminés sur base de ses moyens financiers (cf. *Partie III : Benchmarking des programmations, 7. La programmation aux Pays-Bas*) ;
- diversifier les ressources financières d'Iriscare par l'instauration d'un mécanisme de cotisation solidaire en s'inspirant des travaux wallons sur l'assurance autonomie.

❖ **Recommandation 4 : Renforcer le système d'orientation des personnes âgées vers les structures adaptées.**

L'orientation adéquate de la personne âgée et l'adéquation de la structure choisie avec les besoins rencontrés sont des enjeux de taille (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 2. L'orientation de la personne âgée vers la structure d'hébergement adaptée*). Pour renforcer ce système, les activités suivantes sont proposées :

- Améliorer la lisibilité des offres disponibles sur le territoire (domicile, alternative et maison de repos), ceci dans un objectif de transparence. Dans cette optique, les « répertoires chauds » en cours de création sur le territoire bruxellois sont une initiative pertinente permettant, d'une part, de créer une liste d'adresse avec l'ensemble de l'offre disponible et, d'autre part, d'identifier le contenu des différentes structures et la manière dont elles peuvent répondre aux besoins des personnes âgées. Les alternatives⁴⁵ doivent se retrouver dans ce listing, au même titre que les autres offres disponibles. Pour ce faire, il apparaît comme urgent d'élaborer un listing des alternatives disponibles et des aides à domicile. A cet effet, une collaboration avec le CDCS est vivement recommandée.
- Anticiper davantage la prise en charge de la personne âgée à travers la mise en place d'un mécanisme de prévention permettant de s'assurer que, à partir d'un certain âge, les personnes âgées soient régulièrement suivies. Cette anticipation doit être partagée entre les différents acteurs médicaux (médecin généraliste et spécialiste), les acteurs paramédicaux, les acteurs du domicile (garde de nuit, aide-familiale ...) mais également par Iriscare (par une campagne de sensibilisation par exemple).
- Renforcer le rôle et les moyens des professionnels en charge d'orienter les personnes âgées.

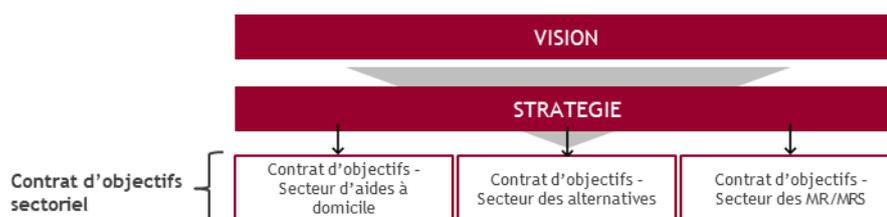
⁴⁵ Pour améliorer la lisibilité de ces alternatives, il serait pertinent de les structurer selon les six paramètres identifiés dans le volet dédié au benchmarking « alternatives ».

- ❖ **Recommandation 5 : Définir une vision et une stratégie commune et partagée au sein du secteur de la prise en charge des personnes âgées.**

Cette vision et cette stratégie doivent faire l'objet d'une concertation au sein du secteur (maisons de repos, domicile et alternatives) et y associer les acteurs institutionnels ainsi que l'ensemble des acteurs territoriaux concernés (CPAS, ABSL de quartier, Commune, Bénévoles, aidants proches, etc.). Notons que dans le cadre de l'élaboration de celles-ci, il est pertinent de :

- définir les orientations politiques et les ambitions en termes de coordination/collaboration/synergie au sein du secteur ;
- aborder la question de l'intégration de certains profils spécifiques au sein des maisons de repos (personnes avec un handicap, personnes avec des problèmes sociaux, etc.) et des moyens mis à disposition pour les accueillir dans les meilleures conditions.

Par la suite, cette stratégie doit être déclinée et opérationnalisée en objectifs spécifiques dans des contrats d'objectifs de chacun des secteurs.



- ❖ **Recommandation 6 : Ouvrir les maisons de repos sur les quartiers.**

Il est régulièrement reproché aux maisons de repos d'être des espaces clos renfermés sur eux-mêmes. La maison de repos doit davantage s'ouvrir sur les quartiers, penser des activités en lien avec les quartiers et permettre aux professionnels de réaliser des activités dans et en dehors de la maison de repos.

Le développement d'une logique par quartier permettra d'augmenter la transversalité, le décloisonnement, la communication et la coordination entre les acteurs du territoire (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 4. L'enjeu du territoire et de l'accessibilité dans la prise en charge des personnes âgées*).

- ❖ **Recommandation 7 : Renforcer la coordination multiple des services de soins à la personne âgée.**

A l'heure actuelle, la coordination manque au sein du secteur de soins à la personne âgée, les acteurs ont tendance à fonctionner en silo. L'illustration de l'absence d'une stratégie autour de la personne âgée par l'ensemble des acteurs est criante. Ils sont dès lors en faveur d'une approche transversale, du renforcement de la coordination visant une meilleure intégration des soins et des collaborations multiples (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 4. L'enjeu du territoire et de l'accessibilité dans la prise en charge des personnes âgées*).

Les acteurs principaux sont la VG, la VGC, la COCOF, le SCR et les pouvoirs locaux. Le renforcement de cette coordination vise avant toute chose à assurer un suivi transversal et

cohérent de la personne âgée (dépendante et autonome). Pour ce faire, il est notamment question de :

- renforcer les liens entre les hôpitaux et les maisons de repos (*cf. Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales*) ;
- renforcer la coordination entre les acteurs de premières lignes ;
- clarifier l'offre sur le territoire (*cf. Recommandation transversale #4*) ;
- clarifier le paysage institutionnel ;
- définir un référent unique, une personne en charge de coordonner les informations médicales des personnes âgées.

- ❖ **Recommandation 8** : Conserver, dans la mesure du possible, une forme de mixité des profils au sein des MR/MRS.

La thématique de la mixité des profils en maison de repos a fait débat dans le cadre de cette étude : faut-il que les maisons de repos se médicalisent encore davantage pour accueillir des personnes âgées avec des profils lourds et complexes et, dès lors, encourager les formes alternatives pour les personnes âgées relativement indépendantes ? Ou, au contraire, faut-il maintenir la multiplicité des profils au sein des maisons de repos et continuer de lui conférer une fonction sociale ? La question de la place des profils O et A dans les maisons de repos est récurrente depuis de nombreuses années. Il conviendrait de travailler à une compréhension précise des profils O et A (maladie sous-jacente, problèmes sociaux ...). Il s'agit dans ce cas de travailler à l'utilisation d'une nouvelle échelle.

Dans la mesure du possible, l'étude recommande de maintenir une forme de mixité au sein des maisons de repos. Ceci notamment en raison du fait que derrière le profil O et le profil A se retrouvent régulièrement des personnes avec des multitudes de situations spécifiques qui nécessitent une prise en charge au sein d'une structure d'hébergement. Mais il s'agit également de contribuer à la constitution d'un climat « vivant » au sein des structures.

- ❖ **Recommandation 9** : Renforcer la mixité des services proposés au sein des MR/MRS.

Il s'agit ici d'encourager le développement des alternatives au sein même des maisons de repos, notamment celles qui proposent - dans un lieu unique - une offre multiple (MR/MRS, résidence service, centre de soins de jours, etc.). (*cf. Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS, Fiche 3 - Innovation organisationnelle, offre multiple*). Ce type de structure permet de réduire le sentiment de rupture lorsque la personne âgée est amenée à changer de lieu de vie, elle encourage également la création d'un lien de confiance avec la personne âgée.

A noter également que ce type de structure agile pourrait favoriser, au sein des maisons de repos, un environnement social intergénérationnel (mise à disposition de lits non occupés pour d'autres profils).

- ❖ **Recommandation 10** : Travailler sur l'image des maisons de repos.

L'image des maisons de repos a été fortement impactée par la crise sanitaire. Les maisons de repos sont régulièrement associées à des lieux de fin de vie plutôt qu'à de véritables lieux de vie. Restaurer l'image des maisons de repos constitue un véritable défi dont Iriscare doit se saisir. Pour ce faire, il est notamment intéressant de :

- Travailler sur l'image médicale que renvoient les MR/MRS par la suppression de la « blouse blanche » ou encore par la mixité des profils ;
- Travailler sur la stigmatisation de la personne âgée (cf. *Partie I : Analyse PESTEL, 4.2. Le regard sur les personnes âgées : la représentation de la vieillesse*) ;
- Ouvrir sur les maisons de repos sur les quartiers (cf. *Recommandation transversale #6*)

Le travail sur l'image de la maison de repos ne doit pas uniquement être dirigé vers les personnes âgées, mais doit également s'adresser aux professionnels du secteur. L'attractivité du secteur constitue un enjeu important qui doit être pris en main (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 2. L'orientation de la personne âgée vers la structure d'hébergement adéquate*). En effet, le cadre de la maison de repos doit permettre épanouissement du résident, mais également de son personnel. Même si la compétence de la formation initiale n'est pas une compétence d'Iriscare, il lui appartient d'être un véritable levier pour stimuler les vocations pour les métiers de la personne âgée.

❖ **Recommandation 11 : Systématiser l'évaluation des projets pilotes initiés.**

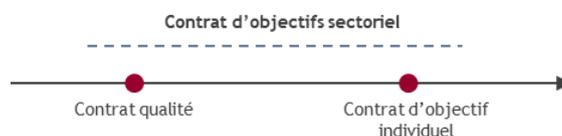
Ces dernières années, des projets pilotes ont été lancés au sein du secteur, prenons par exemple les projets Tubbes (cf. *Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS, Fiche 3 - Innovation organisationnelle, projets Tubbes*). Il est indispensable d'évaluer l'efficacité réelle de ce type de projet et de se positionner en fonction des résultats de l'évaluation : faut-il dupliquer cette logique à l'ensemble des maisons de repos ou, au contraire, faut-il arrêter ?

❖ **Recommandation 12 : Développer, à court terme, un contrat qualité avec les MR/MRS.**

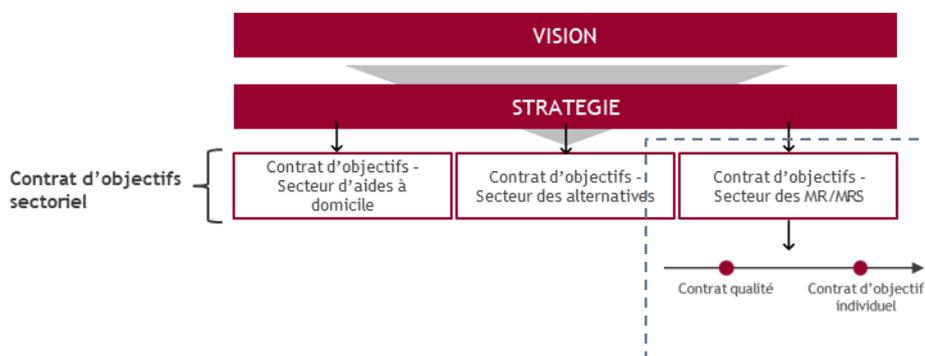
Sur le modèle du CPOM en France, l'étude recommande d'étudier la mise en place d'un système de contrat qualité visant à améliorer la qualité de la prise en charge au sein des maisons de repos, au profit des personnes âgées et de leurs besoins (projet de vie individuel) (cf. *Partie III : Benchmarking des programmations, 5.2 Les CPOM*). Sur le modèle français, le contrat qualité est en lien direct avec le projet de vie de la maison de repos et des résidents, il fait l'objet de négociation et est actualisé tous les cinq ans.

Il restera à mettre à disposition d'Iriscare les ressources nécessaires ou d'adapter cette logique à la réalité d'Iriscare. Cette démarche qualité doit également être reliée à des personnes qui « contrôlent » mais également des personnes au sein d'Iriscare qui conseillent sur la qualité.

Cette démarche qualité doit évoluer sur le long terme : pour chaque maison de repos, faire évoluer le contrat qualité vers un contrat d'objectif individuel. Contrairement au contrat qualité, qui se veut être une étape intermédiaire, le contrat d'objectif individuel spécifie, sur base pluriannuelle, les objectifs que la maison de repos doit atteindre ainsi que les moyens financiers liés. L'objectif de développer un outil de planification stratégique dotés de moyens financiers pluriannuels.



En effet, il existe actuellement un nouveau courant vers davantage d'autonomie de gestion de la maison de repos afin d'offrir un service plus individualisé à la personne âgée et qui soit davantage en adéquation avec ses besoins réels. Si Iriscare souhaite un jour s'inscrire dans cette logique, elle devra tôt ou tard se diriger vers une contractualisation plus individualisée avec les structures qu'elle ne le fait actuellement par la mise à disposition d'un forfait.



- ❖ Recommandation 13 : Intégrer la question de la multiculturalité au sein du secteur.

L'étude souligne que la mixité culturelle - qui doit être prise en compte dès la prise en charge jusqu'à la fin de vie de la personne âgée - est « acceptée » au sein des maisons de repos mais que celle-ci ne fait pas partie d'une démarche proactive qui vise à attirer des profils de cultures différentes (cf. *Partie II : Analyse des variables, Fiche 6 - Multiculturalité*). Il est dès lors recommandé de développer une démarche positive en la matière. Il s'agit, par exemple, de proposer des services adaptés à la multiculturalité existante dans les maisons de repos bruxelloises en leur proposant une prise en charge adaptée et d'en faire la promotion.

- ❖ Recommandation 14 : Renforcer l'évaluation médicale réalisée à l'entrée des maisons de repos/maisons de repos et de soins.

Dans l'objectif de proposer à la personne âgée une prise en charge adaptée à ses besoins spécifiques, il est proposé de renforcer l'évaluation des besoins par l'usage d'une échelle adaptée (BelRai LTFCF) ou par une évaluation médicale réalisée à l'entrée en la confiant à des gériatres externes à la structure.

- ❖ Recommandation 15 : Reconnaître/ valoriser/ financer le volontariat de l'aide à la personne âgée.

L'étude souligne le rôle clé joué par les aidants proches, rôle qui requiert du temps et des investissements. Les solutions temporaires, permettant aux aidants proches de disposer d'un temps de pause dans l'accompagnement des personnes âgées, ne sont pas suffisamment développées à Bruxelles (centre de soins de jour, centre d'accueil jour, etc.). A noter également que les aidants ne bénéficient pas des mêmes aides en fonction de la mutualité à laquelle ils sont affiliés. Ce sont les raisons pour lesquelles, nous préconisons de réfléchir à des aides financières et de soutenir le citoyen dans les mécanismes de reconnaissance pour les aidants proches. Il convient également de rappeler l'importance pour Iriscare de communiquer sur une image positive de la personne âgée et des structures (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l'enjeu du « double diagnostic »*).

- ❖ Recommandation 16 : Développer davantage les offres de types « court séjour ».

Dans le prolongement de la recommandation précédente, il semble indispensable de développer les offres de types « court séjour » pour répondre à des besoins ponctuels des personnes âgées et de leur entourage.

Ce développement passe très certainement par une meilleure connaissance des services existants par la population car il s'agit d'un enjeu clé pour les aidants proches afin de leur offrir « une bouée d'oxygène » et d'éviter leur épuisement (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l'enjeu du « double diagnostic »*). Le recours au court séjour doit être stimulé en cas de situation de crise pour la personne âgée elle-même mais également en cas de situation de crise de son entourage.

A noter que, selon les acteurs du secteur, il est complexe d'offrir du court séjour au sein des maisons de repos et ce pour deux raisons principales :

- le court séjour en MR/MRS requiert un temps d'adaptation pour la structure et le personnel (charge de travail supplémentaire) ;
- le court séjour en MR/MRS demande une certaine flexibilité, il faut que la structure soit en capacité de répondre rapidement à la demande.

Le court séjour en maison de repos se transforme régulièrement en séjour de long terme. C'est également la raison pour laquelle les personnes âgées ne désirent pas se tourner vers le court séjour en maison de repos. Ceci fait écho au besoin de revaloriser l'image du secteur des MR/MRS (cf. *Recommandation transversale #10*).

- ❖ Recommandation 17 : Mettre en place un monitoring de la personne âgée.

Complémentairement au monitoring des places réalisé au sein du secteur, l'étude recommande de développer un monitoring de la personne âgée au sein d'Iriscare. Ceci dans l'objectif d'identifier les principales caractéristiques des personnes âgées sur le territoire bruxellois (capacité, environnement, etc.) ainsi que leurs principaux besoins.

Cette richesse d'information facilitera le travail d'Iriscare dans les discussions des normes d'encadrement par exemple. Ce monitoring peut prendre différentes formes. Par exemple, il pourrait être question de réaliser, à échéance régulière, un screening au travers du BelRai Screener. Un incitant pourrait être envisagé derrière cette pratique, dans l'objectif de la systématiser. Ce monitoring permettrait également de monitorer plus efficacement la qualité des maisons de repos.

- ❖ Recommandation 18 : Renforcer la formation des généralistes aux pratiques spécialisées de la gériatrie.

Il y a peu d'engouement pour le secteur de la personne âgée chez les jeunes médecins généralistes (cf. *Partie IV : Synthèse des ateliers thématiques, 3. La prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles physiques et/ou mentales, l'enjeu du « double diagnostic »*). A travers la mise en place, dans cette formation, d'un cursus spécifiquement dédié à la gériatrie, l'objectif est de conscientiser sur les besoins des personnes âgées. Même s'il ne s'agit pas d'une compétence d'Iriscare, il semble opportun qu'Iriscare se saisisse du

problème et favorise la formation initiale, mais également la (in)formation continue des généralistes sur les besoins des personnes âgées.

- ❖ Recommandation 19 : Instaurer une programmation « négociée et sectorielle ».

La programmation, tel qu'elle est mise en place à l'heure actuelle, est peu négociée avec les acteurs concernés. Il serait pertinent d'élaborer un processus de négociation afin de définir un cadre négocié et adapté à la réalité de chaque structure (cf. *Partie III : Benchmarking des programmations, 8. Conclusion*). Cette programmation peut également être accompagnée d'une vision sectorielle (par secteur MR - alternative - domicile). Il serait conseillé de revoir la programmation à chaque mi-législature.

Les prochaines négociations devraient se dérouler en 2026, en 2031...

- ❖ Recommandation 20 : Optimiser le taux d'occupation des maisons de repos et maisons de repos et de soins.

L'étude démontre un taux d'occupation en baisse à Bruxelles, généralisé pour l'ensemble des secteurs (cf. *Partie II : Analyse des variables, Fiche 4 - Structure résidentielle*). Ce taux d'occupation a un impact sur la rentabilité et l'équilibre financier des établissements. C'est la raison pour laquelle, l'étude préconise de procéder à la réaffectation des lits non utilisés. Pour ce faire, les maisons de repos sont encouragées à développer des solutions agiles (attribution des lits agréés non occupés ou autorisés à d'autres catégories de personnes, mise en place de résidences-services, etc.) dans l'objectif de compenser les pertes de revenus potentiels. Il convient de mobiliser le « subside infrastructure » développé lors de nos travaux.

- ❖ Recommandation 21 : Créer un cadre aux alternatives.

Sur base de la stratégie globale (cf. *Recommandation transversale #5*), l'étude préconise de créer un cadre pour les alternatives (cf. *Partie VII : Les scénarios de développement de l'offre d'hébergement, 1.3 Le scénario souhaitable - « Hybridation de la prise en charge »*). Ce cadre passe par :

- la définition d'une vision politique ;
- un financement adapté et structurel (tenant également compte des profils attendus au sein de ces structures) ;
- des freins solutionnés⁴⁶.

⁴⁶ Pour rappel, certaines des difficultés, communes aux trois régions, complexifient la mise en œuvre des alternatives, il s'agit notamment :

- 1) du statut isolé de la personne âgée. Le risque, derrière la mise en place de ce type de logement, est que la personne âgée bénéficiant d'allocations sociales pourrait se voir appliquer le taux de cohabitant en lieu et place du taux isolé. Ceci a un impact indéniable sur les revenus de la personne.
- 2) L'acquisition/ la mise à disposition d'un lieu adapté pour accueillir ce type de projet, ces derniers sont fortement prisés par les promoteurs privés.
- 3) Les habitats groupés ne reçoivent pas d'agrément spécifique, porteur de garanties du respect de la sécurité et du bien-être des personnes. En revanche, une série de législation s'applique à ce type de projet, principalement lié à l'aspect logement.
- 4) Diverses formes juridiques co-existent, ayant des implications diverses pour les résidents.
- 5) Ces projets ne représentent pas forcément et systématiquement un gain financier pour les résidents.
- 6) Des demandes de permis qui engendrent des discussions autour de l'adaptabilité du bâti.
- 7) La reconversion impossible des lits MR/MRS inoccupés (dont les lits en portefeuille) vers une forme nouvelle d'alternative qui s'identifierait entre la résidence service et le kot.

Ce cadre doit créer un commun dénominateur aux alternatives, mais ne doit pas être trop contraignant étant donné la multiplicité des besoins de la personne âgée. Pour rappel, ce commun dénominateur peut se structurer autour des six paramètres précédemment identifiés (cf. *Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS, Introduction*) :

	Soutien médical disponible au sein de la structure
	Projet solidaire qui fédère les habitants
	Projet intergénérationnel
	Autonomie de la personne âgée
	Coût de la structure à charge de la personne âgée (en comparaison au coût d'une MR) (icone variable : € = coût plus faible, €€ = coût plus élevé)
	<input checked="" type="radio"/> Système en autogestion <input type="radio"/> Système géré par un tiers acteur <input type="radio"/> Système en gestion partagée (résidents - personnel)

Il doit également être accompagné : 1) d'un monitoring spécifique et adapté, 2) d'incitants visant à encourager la création d'alternatives sur le territoire bruxellois (cf. *Partie VII : Les scénarios de développement de l'offre d'hébergement, 1.4.4 Indicateur 4 : le financement des alternatives*), 3) de la mise sur pied d'un réseau des alternatives, insufflé par Iriscare, et visant à améliorer la communication entre les acteurs.

- ❖ Recommandation 22 : Développer un mécanisme favorisant la création des résidences services sociales.

Les résidences services sociales, proposant une approche sociale et permettant une accessibilité financière, ont été épinglées comme « bonne pratique » au sein de l'étude (cf. *Partie IV : Benchmarking des alternatives à la MR/MRS, Fiche 2 - Les résidences services*). Cette dernière recommande donc de mettre en place un mécanisme favorisant la création des résidences services sociales. Deux options sont, à ce jour, à investiguer :

- une partie des résidences services sur le territoire bruxellois doivent être sociales, c'est-à-dire proposer un mécanisme solidaire adapté aux revenus des résidents avec la possibilité, ou non, de mettre en place un financement structurel ;
 - convertir les lits non occupés en MR/MRS vers des « chambres sociales ».
- ❖ Recommandation 23 : Développer une démarche concertée pour encourager l'innovation technologique.

L'innovation technologique permet, lorsqu'elle est correctement utilisée, d'améliorer la prise en charge des personnes âgées (cf. *Partie I : Analyse PESTEL, 5. Evolution du contexte technologique : la technologie pour améliorer la prise en charge des personnes âgées*). C'est pourquoi nous préconisons d'encourager une démarche concertée entre Iriscare, Innoviris et

les hôpitaux universitaires bruxellois dans l'optique de développer des projets d'innovation technologique au profit de la personne âgée.

- ❖ **Recommandation 24** : Revoir le contingent des soins à domicile.

L'étude recommande de revoir le contingent des soins à domicile pour plus de flexibilité (cf. *Partie VII : Les scénarios de développement de l'offre d'hébergement, 1.4.5. Indicateur 5 : l'évolution du contingent des aides familiaux et les aides ménagères des services d'aide à domicile agréées par la COCOM*). Cette révision passe par :

- une augmentation du contingent. Deux options sont à investiguer : soit une augmentation du contingent dans son ensemble, soit une augmentation du contingent pour certains types de services ;
- davantage de flexibilité à travers la mise en place d'un contingent composé d'une partie fixe et d'une partie variable. Ceci dans l'objectif de permettre aux professionnels du secteur de mieux anticiper et planifier les soins octroyés aux personnes âgées.

Cet effort complémentaire par Iriscare devra être complété par un effort identique de la COCOF à défaut l'effort d'Iriscare sera annihilé.

- ❖ **Recommandation 25** : Arrêter la vente des lits avec titres autorisés.

Le transfert de lits autorisés et agréés devrait être soumis à l'approbation et au contrôle d'Iriscare, ceci dans l'objectif d'éviter une commercialisation exagérée de ces lits. Par contre, il convient également de créer une perspective lointaine et sereine (par une négociation de la programmation) afin d'éviter des tensions répétées entre Iriscare et le secteur des maisons de repos.

3.3.2. *Recommandations pour le scénario idéal*

Dans l'objectif de mettre en œuvre le scénario souhaitable « hybridation de la prise en charge », nous préconisons de suivre les étapes clés suivantes :

Etape 1 : Définir une vision et une stratégie commune et partagée au sein du secteur de la prise en charge (cf. *Recommandation transversale #5*).

- Définir des objectifs stratégiques pour le secteur de la prise en charge (maison de repos/alternative/domicile). Ces objectifs doivent notamment traduire les orientations politiques, les ambitions de coordination/collaboration/synergie entre ces différents secteurs ;
- Cette stratégie doit être transversale aux acteurs de la prise en charge de la personne âgée, non financés par Iriscare (CPAS, VCG, etc.).

Etape 2 : Identifier, pour chaque secteur, les parties prenantes à la négociation des contrats d'objectifs sectoriels (cf. étape 3).

- Pour le secteur des alternatives, se baser sur le réseau créé (cf. *Recommandation transversale #21*) ;

- Pour l'ensemble des secteurs, identifier les fédérations/ les mutualités/ autres acteurs pertinents pour représenter le secteur et apporter une plus-value à l'élaboration du contrat d'objectifs sectoriels.

Etape 3 : Décliner et opérationnaliser cette stratégie en objectifs spécifiques, dans des contrats d'objectifs sectoriels, adaptés à la réalité de chacun des secteurs.

- Définir les rôles et responsabilités de chacune des parties (maison de repos, alternative, domicile et Iriscare) ;
- Déterminer, pour chaque secteur, les objectifs en termes de nombre de places, de prise en charge des besoins de la personne âgée ;
- Déterminer les moyens affectés pour atteindre les objectifs ;
- Définir un système de suivi/ de monitoring/ d'amélioration continue de ces contrats d'objectifs sectoriels et fixer les modalités de renouvellement des contrats.

Etape 4 : Décliner le contrat d'objectif sectoriel « maison de repos » en contrat qualité individuels (cf. *Recommandation transversale #12*).

- Définir les axes transversaux de qualité (Iriscare). Par exemple : ouverture de la maison de repos sur le quartier, développement d'une approche territoriale, prise en considération des souhaits et besoins du résident, intégration d'une approche de soins anticipative (avant l'arrivée au sein de la maison de repos), mise en place d'activités valorisantes, etc.
- Définir un système de suivi/ de monitoring/ d'amélioration continue de ces projets qualité et fixer les modalités de renouvellement.

Etape 5 : Etablir un plan d'action pour faciliter la prise en charge des personnes âgées au sein des structures existantes.

- Aider les maisons de repos à se renouveler ;
- Soutenir financièrement les maisons de repos au profit de la qualité ;

Notamment via la révision des normes, celle-ci peut prendre différentes formes :

- 1) *Augmentation du nombre de profils et compensation du résident.* Une augmentation du coût des normes d'encadrement par l'augmentation du personnel actuel qui sera conjuguée à de nouvelles recettes par Iriscare. Il y aurait, par exemple, une compensation financière du résident selon sa dépendance et son patrimoine/revenu personnel, une cotisation forfaitaire entre résidents, l'instauration d'une assurance autonomie à la population ;
- 2) *Réaménagement des profils au sein des normes d'encadrement.* Plusieurs options sont à envisager, par exemple : une réduction du nombre d'infirmières au profit d'une augmentation des aides-soignantes, réduction du temps consacré aux tâches administratives du personnel de soins par l'engagement du personnel « administratif », ou une réduction des aides-soignantes au profit d'une augmentation/création d'un profil « assistant personne âgée » ;
- 3) *Augmentation des normes d'encadrement.* Cette augmentation linéaire est à charge d'Iriscare ;
- 4) *Création de nouveaux profils.* Ceci dans l'objectif, d'une part, de décharger le personnel soignant de la charge administration et, d'autre part, d'augmenter le temps consacré à l'écoute et à l'occupation des personnes âgées.

- Lever les freins au développement des alternatives⁴⁷ ;
- Lever les freins du secteur à domicile, revoir le contingent (*cf. Recommandation transversale #24*)

Etape 6 : Travailler et améliorer la lisibilité de l'offre disponible sur le territoire dans un objectif de transparence.

- Travailler sur l'image du secteur, et plus spécifiquement des maisons de repos (*cf. Recommandation transversale #10*) ;
- Renforcer l'attractivité du secteur pour la personne âgée d'une part et des professionnels d'autre part. Pour renforcer l'attractivité du secteur vis-à-vis des professionnels, il peut être envisagé de : créer des liens avec Actiris, sensibiliser à la thématique de la prise en charge de la personne âgée au sein des formations médicales, créer des journées d'informations dédiées au secteur, etc. (*cf. Recommandation transversale #10*) ;
- Poursuivre l'initiative de mise en œuvre de « répertoires chauds » (*cf. Recommandation transversale #4*).

Etape 7 : Développer l'innovation au sein du secteur.

- Créer des projets pilotes et professionnaliser le suivi des effets de ces projets ;
- Mener une réflexion sur le développement de résidences services médicalisées ;
- Encourager la mise en place de résidences services sociales ;
- Développer un mécanisme de réaffectation des lits non utilisés (définir leur finalité et à quels types de profils ils peuvent être affectés) ;
- Mener une réflexion sur le statut et le rôle des aidants proches au sein des maisons de repos.

⁴⁷ Pour rappel, certaines des difficultés, communes aux trois régions, complexifient la mise en œuvre des alternatives, il s'agit notamment :

1) du statut isolé de la personne âgée. Le risque, derrière la mise en place de ce type de logement, est que la personne âgée bénéficiant d'allocations sociales pourrait se voir appliquer le taux de cohabitant en lieu et place du taux isolé. Ceci a un impact indéniable sur les revenus de la personne.

2) L'acquisition/ la mise à disposition d'un lieu adapté pour accueillir ce type de projet, ces derniers sont fortement prisés par les promoteurs privés.

3) Les habitats groupés ne reçoivent pas d'agrément spécifique, porteur de garanties du respect de la sécurité et du bien-être des personnes. En revanche, une série de législation s'applique à ce type de projet, principalement lié à l'aspect logement.

4) Diverses formes juridiques co-existent, ayant des implications diverses pour les résidents.

5) Ces projets ne représentent pas forcément et systématiquement un gain financier pour les résidents.

6) Des demandes de permis qui engendrent des discussions autour de l'adaptabilité du bâti.

7) La reconversion impossible des lits MR/MRS inoccupés (dont les lits en portefeuille) vers une forme nouvelle d'alternative qui s'identifierait entre la résidence service et le kot.

Schéma de conclusion : Evolution de la programmation

