

## IRISCARE

Révision des normes de financement  
des maisons de repos et des maisons  
de repos et de soins 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 révision des normes de financement des maisons de repos et des maisons de repos et de soins de la région bruxelloise.

Concrètement, ce rapport s'articule autour des quatre chapitres suivants :

- Chapitre I : la notion de qualité et les besoins des personnes âgées
- Chapitre II : matrice des compétences
- Chapitre III : comparatif des établissements et mécanismes de soins de santé de longue durée. Flandre, Pays-Bas, Allemagne et France
- Chapitre IV : recommandations.

Ces chapitres sont accompagnés d'un document annexe, sous format Excel. Celui-ci reprend de manière synthétique l'ensemble des recommandations formulées dans le cadre de cette étude.

## CHAPITRE I : LA NOTION DE QUALITE ET LES BESOINS DES PERSONNES AGEES

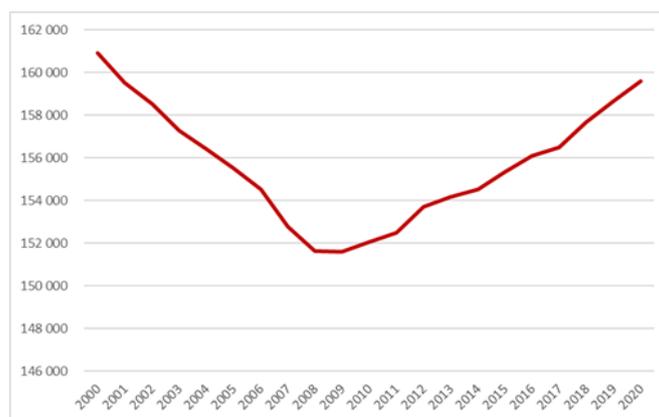
### TABLE DES MATIERES

1. Introduction .....	4
2. La qualité de vie des personnes âgées .....	5
3. La qualité au sein des MR et MRS .....	8
3.1. Définition de la qualité .....	8
3.2. Les facteurs qui influencent la qualité au sein des MR/MRS .....	8
3.2.1. L'encadrement des résidents dans les maisons de repos .....	9
3.2.2. Les soins paramédicaux en maisons de repos .....	11
3.2.3. Le cadre de vie/ l'environnement .....	12
3.2.4. Les contacts sociaux .....	14
3.2.5. Le coût .....	14
3.3. Tableau de synthèse des indicateurs .....	16
4. Histoire du financement de la prise en charge en maison de repos .....	17
5. Annexes .....	18
5.1. Les recherches sur la qualité de vie des personnes âgées .....	18

## 1. Introduction

La qualité de vie des personnes âgées et de leur prise en charge est un enjeu de taille à l'heure où le vieillissement de la population continue de se marquer et où l'espérance de vie continue d'augmenter. 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 1 : population âgée de 65 ans et plus (2000-2020) - Région de Bruxelles-Capitale



Source : IBSA.

En 2020, la Région bruxelloise compte 159 593 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 4 257 de plus qu'en 2015. Entre 2015 et 2020, nous observons une augmentation du nombre de personnes âgées de 65 à 69 ans, de 70 à 74 ans et de 90 ans et plus, alors que dans les autres tranches d'âge, une diminution est observée.

Figure 2 : Population de la Région bruxelloise âgée de 65 ans et plus

	1992	1995	2000	2005	2010	2015	2020
65-69	50 631	46 272	42 109	38 208	37 222	43 206	44 956
70-74	38 367	46 478	39 907	36 867	33 871	32 790	37 624
75-79	32 438	25 476	37 824	33 216	31 090	28 792	27 829
80-84	25 369	25 784	18 347	28 154	25 282	24 092	22 570
85-89	11 862	14 260	15 261	11 065	17 662	16 423	15 992
90+	5 850	6 566	7 460	8 001	6 952	10 033	10 622
Total	166 428	164 836	160 908	155 511	152 079	155 336	159 593

Source: Statbel<sup>1</sup>.

Plus l'âge de la personne avance, plus le risque d'institutionnalisation est élevé. Dans ce contexte, les institutions résidentielles pour personnes âgées ont dû faire face à des évolutions importantes ces dernières années<sup>2</sup>. En effet, « leur fonction ne se limite pas à un hébergement, mais concerne de plus en plus la prise en soins de personnes présentant des

<sup>1</sup> Statbel. Structure de la population. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#panel-14>

<sup>2</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GÉNÉRALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.7.

conditions médicales complexes et nécessitant des soins infirmiers ainsi qu'une assistance logistique »<sup>3</sup>. Les soins de longue durée font face à deux principaux défis<sup>4</sup> :

- fournir un accès abordable et adéquat à ces services pour tous ceux qui en ont besoin ;
- fournir des services de soins de longue durée de bonne qualité ;
- garantir une main d'œuvre adéquate ;
- assurer un financement de ces soins dans un contexte où la demande pour ces derniers ne fait qu'augmenter.

Bien que la notion de qualité se retrouve au cœur des enjeux actuels, et ce à l'échelle européenne, il est difficile de s'entendre quant à la signification de la qualité des soins.

S'intéresser à la notion de qualité de vie et de prise en charge des personnes âgées est de plus en plus courant au sein de la littérature. Les études en la matière démontrent que<sup>5</sup> :

- les résidents, clients d'un établissement de soins, réclament des soins de qualité ;
- la non-qualité représente un coût de santé publique ;
- un lien entre la qualité des soins dispensés en MR/MRS et la qualité de vie de la personne soignée existe.

## 2. La qualité de vie des personnes âgées

Plusieurs recherches<sup>6</sup> s'intéressent à la qualité de vie chez les personnes âgées et ce principalement pour deux raisons :

- la prévention : « *une mauvaise qualité de vie apparaît associée sur le long terme à plus de dépendance, de problématiques psycho-sociales et médicales, ainsi qu'à un surrisque de mortalité. L'identification des facteurs de risque et de protection dans le domaine de la qualité de vie et leur impact à long terme peut participer à la mise en place de recommandations visant à favoriser une bonne qualité de vie dans le vieillissement* »<sup>7</sup> ;
- la mise en place d'interventions médico-psycho-sociales adaptées : « *il est nécessaire d'évaluer les bénéfices d'une intervention pour s'assurer de l'efficacité et de la balance bénéfique/risque de cette dernière afin de ne pas mettre en place des prises en charge inutiles, voire délétères pour les personnes âgées* »<sup>8</sup>.

Une étude réalisée par plusieurs chercheurs, qui se base sur une revue de la littérature couvrant les 25 dernières années, a permis d'identifier neuf domaines récurrents cités par les personnes âgées comme fortement liés à leur qualité de vie<sup>9</sup>. Il s'agit de : la santé perçue, l'autonomie, des activités, des relations sociales, de l'adaptation, du soutien émotionnel, de

---

<sup>3</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GÉNÉRALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.7.

<sup>4</sup> Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

<sup>5</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GÉNÉRALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.8.

<sup>6</sup> Ces principales recherches sont reprises en annexe.

<sup>7</sup> Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, pp.27-28.

<sup>8</sup> Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, p.28.

<sup>9</sup> Roxane Villeneuve.(2019). Qualité de vie des personnes âgées : étude de la transition entre domicile et institution. Psychologie. Université de Bordeaux. Français, p.28.

la spiritualité, de l'environnement immédiat, et enfin, de la sécurité financière. Le tableau ci-dessous reprend ces différents domaines ainsi que leur description.

Figure 3 : domaines de qualité des personnes âgées, dans Van Leeuwen et al., 2019<sup>10</sup>

Domaines et sous-thèmes	Description
Santé perçue	Se sentir en santé et non limité par ses conditions physiques
Condition physique	- Ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques, mentaux ou cognitifs
Point de référence	- Se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes
La santé comme aptitude	- Ne pas être limité par son état de santé
Autonomie	Être capable de se débrouiller seul, de conserver sa dignité et de ne pas se sentir comme un fardeau
Indépendance	- Être capable de se débrouille seul et de faire ce que l'on souhaite
Contrôle	- Être capable de faire ses propres choix
Fardeau	- Ne pas se sentir comme un fardeau pour les autres
Dignité	- Être capable de conserver sa dignité en se concentrant sur les choses que l'on peut faire
Rôle et activité	Passer du temps à faire des activités qui apportent un sentiment de valeur, de joie et d'implication
Contrôle dans le temps	- Avoir la liberté d'organiser son temps
Rester occuper	- Avoir quelque chose pour rester occupé et empêcher de s'ennuyer
Activités valorisantes	- Réaliser des activités qui apportent de la joie ou du sens à la vie
Rester connecté	- Rester mentalement actif, à jour et en contact avec le monde autour
Aider les autres	- Se sentir capable de contribuer à la société et faire la différence
Réalisations	- Être fière de ses réalisations anciennes et actuelles
Estime de soi	- Se sentir valoriser et confortable dans sa peau
Relations	
Relation étroite	- Avoir (et maintenir) des relations privilégiées
Famille	- Apprécier la relation avec son partenaire et/ou ses (petits) enfants
Faire l'expérience du soutien	- Faire l'expérience que les gens s'intéressent à vous et se soucient de vous.
L'amour et l'affection	- Éprouver un sentiment d'appartenance et d'intimité, être aimé et apprécié
Réciprocité	- Avoir la possibilité d'aider et de soutenir les autres
Aptitude et adaptation	Regarder le bon côté de la vie
Attitude positive	- Être positif et tirer le meilleur parti de la vie
Acceptation	- Être capable d'accepter ce que l'on ne peut pas influencer
Changement des normes/attentes	- Être capable de relativiser sa situation (minimiser cognitivement les effets de la détérioration en abaissant les normes et en se comparant favorablement aux autres)
Changement de	- Être capable de changer ses habitudes, de faire les

<sup>10</sup> Karen M. van Leeuwen, Miriam S. van Loon and al. (2019). What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. PLoS ONE 14(3): e0213263, p.22.

comportement	choses différemment ou avec l'aide d'autres
Confort émotionnel	Être en paix
Calme vs inquiet/anxieux	- Avoir l'esprit tranquille (ne pas se sentir inquiet ou anxieux)
Heureux vs triste/dépressif	- Être heureux (ne pas être triste ou déprimé)
Solitude	- Ne pas se sentir seul ou isolé
Réminiscence	- Ne pas se sentir troublé par des expériences passées
Spiritualité	Sentiment d'attachement et expérience de la foi et de l'épanouissement personnel à partir de croyances, de rituels et de réflexions intérieures
Être religieux	- Avoir des croyances religieuses, une foi en Dieu
Être spirituel	- Être en quête de sens, de développement personnel et de conscience
Activités religieuses	- Être impliqué dans des activités religieuses ou une communauté religieuse
Maison et quartier	Se sentir en sécurité chez soi et vivre dans un quartier agréable et accessible.
Sens du mot « maison »	- Avoir un logement qui offre intimité et confort
Vivre à la maison	- Vivre le plus longtemps possible dans son propre logement
Sécurité	- Se sentir en sécurité chez soi et dans le quartier
Quartier	- Vivre dans un quartier agréable avec des voisins sympathiques
Accessibilité	- Pouvoir accéder aux zones importantes du quartier et s'y déplacer.
Sécurité financière	Ne pas se sentir limité par sa situation financière
Suffisamment d'argent	- Avoir suffisamment d'argent pour répondre aux besoins essentiels
Liberté financière	- Avoir la liberté financière de profiter de la vie
Matériel et conditions	- Disposer de ressources matérielles pour se sentir à l'aise et indépendant

Notons tout de même que la notion de qualité est intrinsèquement liée à des valeurs subjectives et qu'il demeure complexe d'évaluer la qualité<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.8.

### 3. La qualité au sein des MR et MRS

#### 3.1. Définition de la qualité

Dans un premier temps, intéressons-nous à la notion de qualité. La qualité peut être définie comme « le degré ou la norme d'excellence ». Comme spécifié dans la publication élaborée dans le cadre du projet WeDo<sup>12</sup>, « l'amélioration de la qualité des services de soins et l'accompagnement devrait être un processus continu<sup>13</sup> par lequel un service ou une activité cherche à obtenir de meilleurs résultats par différents moyens. Ceux-ci comprennent une large gamme d'outils de gestion de la qualité ainsi que d'autres dispositifs tels que : la formation des aidants (formels et informels); le soutien aux droits fondamentaux des utilisateurs de services, la promotion d'environnements « amis des aînés » adaptés au vieillissement, notamment l'accès aux services, la définition de normes de qualité, l'évaluation des résultats et de leurs impacts par le biais d'indicateurs précis de qualité »<sup>14</sup>.

D'autres définitions existent<sup>15</sup> : « la qualité désirée du patient », « améliorer ou limiter la détérioration de l'état de santé », « aider les personnes à mener une vie aussi autonome et indépendante que possible », etc. Néanmoins, aucun Etat membres de l'Union européenne ne dispose d'une définition nationale officielle de la qualité des soins de longue durée<sup>16</sup>.

#### 3.2. Les facteurs qui influencent la qualité au sein des MR/MRS

Plusieurs études s'attardent sur les indicateurs de qualité de soins. Ces derniers, pertinents pour améliorer et suivre la qualité des soins, sont nombreux et variés. Etant donné le caractère multifacette de la notion de qualité, trouver des indicateurs pertinents et adéquats n'est pas chose aisée<sup>17</sup>. Une analyse approfondie de la littérature dédiée à la qualité de la prise en charge des personnes âgées en maison de repos, nous permet d'identifier à ce stade, cinq facteurs qui influencent la qualité : l'encadrement, les soins paramédicaux, le cadre de vie/ l'environnement, les contacts sociaux et, enfin, le coût.

Ces facteurs ont été inspirés de l'outil « Observable Indicators of Nursing Home Care Quality » (OIQ) développé par Rantz et al. au début des années 2000<sup>18</sup>. L'outil évalue les sept dimensions de la qualité :

Outil OIQ	Facteurs qui influencent qualité
Le personnel	L'encadrement
Les soins	Les soins paramédicaux
La participation de la famille	Les contacts sociaux

<sup>12</sup> Partenariat européen pour le bien-être et la dignité des personnes âgées.

<sup>13</sup> Dans cette optique de processus continu, la France a développé un outil stratégique qui vise à déterminer les objectifs et les ressources des établissements d'hébergement pour personnes âgées : le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.

<sup>14</sup> WeDo. Cadre européen de Qualité pour les services de soins et d'accompagnement aux personnes âgées. Principes et lignes directrices pour le bien-être et la dignité des personnes âgées, p.6.

<sup>15</sup> Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

<sup>16</sup> Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

<sup>17</sup> Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

<sup>18</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.49.

La communication	Les contacts sociaux
L'environnement	Le cadre de vie/ l'environnement
La maison/ l'établissement	Le cadre de vie/ l'environnement
Les coûts	Les coûts

Notons également que les outils visant à analyser et mesurer la qualité sont multiples. Citons par exemple<sup>19</sup> : RAI-MDS (Resident assessment instrument - Minimum Data Set), OSCAR (Online Survey Certification and Reporting), PSRACS (Public Sector Residential Aged Care Services Resources), PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des Patients) ou encore, CQI (Consumer Quality Index). Chacun de ces outils proposent des indicateurs de mesure de la qualité de soins prodigués aux patients.

Nous détaillons ci-dessous les cinq facteurs abordés précédemment en précisant, pour chaque facteur, son effet sur la qualité ainsi que son lien avec les besoins des résidents. Des indicateurs, permettant de mesurer chacun de ces facteurs, sont également proposés.

Points d'attention sur les indicateurs de qualité :

Comme souligné dans le rapport « EU Long-term care », les indicateurs de qualité contiennent des barrières à surmonter<sup>20</sup> :

- la disponibilité et la qualité des données récoltées ;
- l'indisponibilité d'indicateur commun au dispositif des soins de longue durée à l'échelle de l'Union Européenne ;
- les indicateurs utilisés pour contrôler la qualité des soins ne sont généralement pas spécifiques aux soins de longue durée ;
- la qualité des soins de longue durée est affectée par un certain nombre de facteurs, notamment le financement, la main-d'œuvre, l'organisation ou encore la technologie.

### 3.2.1. L'encadrement des résidents dans les maisons de repos

Plusieurs études indiquent une relation positive entre la qualité de la prise en charge des personnes âgées et la qualification de l'équipe d'encadrement<sup>21</sup>. En effet, l'encadrement dans les maisons de repos est un élément essentiel pour répondre aux besoins des personnes âgées et leur offrir une prise en charge de qualité.

*Contexte bruxellois* : aujourd'hui, la plupart des maisons de repos bruxelloises font le constat d'un encadrement en personnel souvent insuffisant. Les normes d'encadrement, qui n'ont pas évoluées depuis 1994, sont souvent épinglées comme en deçà du nombre de professionnels effectivement nécessaires pour offrir un accompagnement de qualité aux personnes âgées. C'est la raison pour laquelle elles sont très régulièrement dépassées. Ce manque structurel de

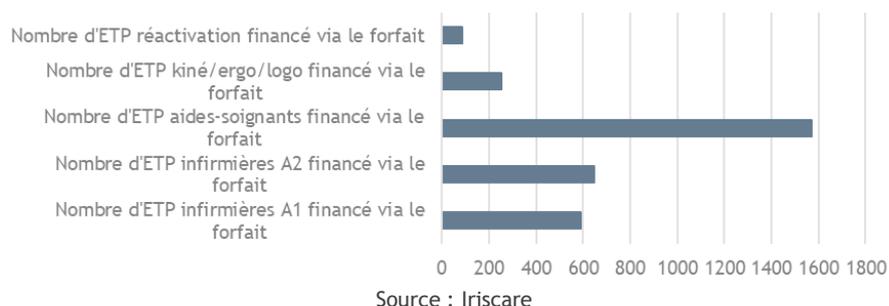
<sup>19</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.48.

<sup>20</sup> Social Protection Committee, European Commission. (2021). Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Vol.1.

<sup>21</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p34.

personnel a un impact sur la qualité, les équipes ne disposant pas du temps nécessaire pour assurer l'encadrement et octroyer l'attention nécessaire aux résidents. Cette situation est d'autant plus problématique que le vieillissement de la population et l'évolution de la dépendance entraînent une augmentation de la demande d'encadrement<sup>22</sup>. A ce jour, nous observons à Bruxelles approximativement 11.350 lits. Pour l'ensemble des lits financés, il est observé que 3.145 ETP sont financés par le forfait :

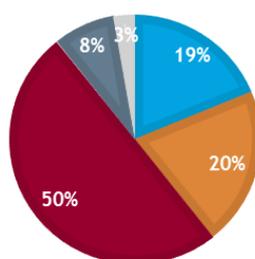
Figure 4: nombre d'ETP financé par le forfait



Sur base de ces informations, nous pouvons conclure à un taux d'encadrement moyen de 0,277 ETP par lit. Cet encadrement est financé et réparti sur les profils suivants :

Figure 5 : répartition du personnel

- Nombre d'ETP infirmières A1 financé via le forfait
- Nombre d'ETP infirmières A2 financé via le forfait
- Nombre d'ETP aides-soignants financé via le forfait
- Nombre d'ETP kiné/ergo/logo financé via le forfait
- Nombre d'ETP réactivation financé via le forfait

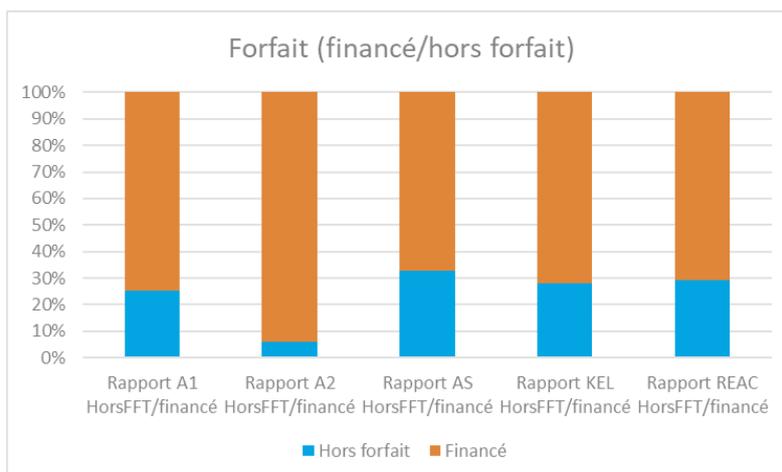


Source : Iriscare.

Ce graphique nous permet d'observer que 39% du personnel est du personnel infirmier.

Alors que si nous considérons que les ETP déclarés par les différentes structures pour le volet « forfait » nous observons que 4.287 ETP sont déclarés :

<sup>22</sup> ING. (2018). Maisons de repos : tendances et indicateurs, p.53.



Source : Iriscare.

Il est important d'observer que plus de 30% du personnel « aide-soignant » est hors forfait. Le volume hors forfait exprimé en ETP est de 1.141 ETP. Soit 26% du personnel global est considéré comme hors forfait.

La qualité de l'encadrement peut se mesurer au travers de plusieurs indicateurs, nous mobilisons ici les principaux :

- le nombre de personnel par résident ;
- la qualification et des formations du personnel ;
- la composition de l'équipe d'encadrement (en termes de profils) ;
- le temps consacré à chaque résident ;
- la stabilité et l'absentéisme du staff.

La culture du travail, le bien-être des équipes d'encadrement est également indispensable pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge dans les maisons de repos.

**Le lien avec les besoins des personnes âgées :**

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Santé perçue | <input checked="" type="checkbox"/> Confort émotionnel |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie    | <input type="checkbox"/> Spiritualité                  |
| <input type="checkbox"/> Rôle et activité        | <input type="checkbox"/> Maison et quartier            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Relations    | <input type="checkbox"/> Sécurité financière           |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation  |  |

### 3.2.2. Les soins paramédicaux en maisons de repos

La mesure de la qualité des soins n'est pas chose aisée compte tenu de son aspect multidimensionnel et de la notion de subjectivité<sup>23</sup>. La revue de la littérature démontre une diversité des indicateurs de qualité.

*Contexte bruxellois* : le vieillissement global de la population bruxelloise aura un impact sur la demande de soins, les personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée seront plus

<sup>23</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Synthèse. Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.7.

nombreuses ces prochaines années. Dans ce contexte, les maisons de repos doivent être en mesure de s'évaluer, d'évaluer la qualité des soins octroyés pour améliorer la prise en charge des personnes âgées<sup>24</sup>.

Nous reprenons ici les quatre dimensions abordées par le service public fédéral dans ses analyses de la performance du système de santé belge et plus spécifiquement des soins aux personnes âgées :

- l'accessibilité des soins de longue durée : proportion des personnes âgées recevant des soins professionnels de longue durée en soins résidentiels, le nombre de lits résidentiels pour des soins de longue durée et l'utilisation optimale de ces lits, personnes présentant une faible dépendance et vivant en institution.
- l'accessibilité des soins aigus ;
- la sécurité des soins : l'évolution du nombre de chutes, d'ulcères de pression, d'infections à staphylocoques résistants dans les soins résidentiels.
- l'adéquation des soins : à travers les prescriptions d'antipsychotiques chez les personnes en soins résidentiels.

D'autres indicateurs sont également intéressants à prendre en compte dans l'analyse de la qualité des soins, notamment :

- le nombre de personnel soignant par résident ;
- la qualification et des formations du personnel soignant ;
- la composition de l'équipe soignante (en termes de profils) ;
- le temps consacré à chaque résident ;
- la stabilité et l'absentéisme du staff ;
- les compétences gériatriques du personnel ;
- la participation des résidents aux décisions médicales ;
- les collaborations/ la coordination entre les professionnels de la santé ;
- la continuité des soins ;
- l'organisation des soins.

**Le lien avec les besoins des personnes âgées :**

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Santé perçue           | <input type="checkbox"/> Confort émotionnel  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie              | <input type="checkbox"/> Spiritualité        |
| <input type="checkbox"/> Rôle et activité                  | <input type="checkbox"/> Maison et quartier  |
| <input type="checkbox"/> Relations                         | <input type="checkbox"/> Sécurité financière |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aptitude et adaptation |  |

### 3.2.3. Le cadre de vie/ l'environnement

L'architecture de la maison de repos, son environnement et le cadre de vie instauré contribuent à assurer une vie de qualité aux résidents.

<sup>24</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Synthèse. Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.7.

*Contexte bruxellois* : au-delà des normes fonctionnelles et d'organisation, les maisons de repos bruxelloises sont soumises à plusieurs normes architecturales (superficie, équipements, ...) et de sécurité (incendie). Les normes de sécurité incendie spécifiques auxquelles les établissements pour personnes âgées doivent répondre nécessitent des investissements qui ont un impact sur le coût qui se répercute notamment sur les charges de la personne âgée.

Le contexte foncier bruxellois doit également être pris en compte, avec l'accroissement démographique, l'augmentation des besoins urbains et un territoire limité, les terrains disponibles se raréfient<sup>25</sup>. L'augmentation du prix du foncier et de l'immobilier qui en résulte crée à Bruxelles une augmentation des prix des nouvelles constructions<sup>26</sup>. Cette augmentation se traduit directement sur le prix journaliser, en augmentation à Bruxelles<sup>27</sup>. En termes d'environnement, il est également à noter que le contexte immobilier bruxellois est une donnée à prendre en compte.

La qualité du cadre de vie peut se mesurer au travers de plusieurs indicateurs, nous créons ici trois catégories d'indicateurs : ceux liés à l'infrastructure, ceux liés aux repas et enfin, les indicateurs liés au cadre de vie.

#### Infrastructures :

- taille de la chambre ;
- équipements de la chambre ;
- salle de douche individuelle ;
- espaces verts ;
- infrastructure (chauffage, aération, lumière, isolation acoustique) ;
- accessibilité des locaux ;
- Propreté des locaux

#### Repas :

- variété des aliments ;
- participation des résidents à la confection des menus ;
- formation du personnel en cuisine ;
- horaire et organisation des repas.

#### Cadre de vie :

- activités/ animation proposées ;
- ouverture sur le quartier ;
- services proposés ;
- accueil du résident et de ses proches ;
- satisfaction du résident.

Un élément indispensable à prendre en compte reste la satisfaction du résident.

---

<sup>25</sup> Perspective.brussels. Dynamique foncière.

<sup>26</sup> BX1. (2019). La maison de repos, bientôt un produit de luxe. <https://bx1.be/categories/news/les-dossiers-de-la-redaction-la-maison-de-repos-bientot-un-produit-de-luxe/>.

<sup>27</sup> BX1. (2019). La maison de repos, bientôt un produit de luxe. <https://bx1.be/categories/news/les-dossiers-de-la-redaction-la-maison-de-repos-bientot-un-produit-de-luxe/>.

**Le lien avec les besoins des personnes âgées :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé perçue                | <input type="checkbox"/> Confort émotionnel            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie        | <input type="checkbox"/> Spiritualité                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rôle et activité | <input checked="" type="checkbox"/> Maison et quartier |
| <input type="checkbox"/> Relations                   | <input type="checkbox"/> Sécurité financière           |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation      |  |

### 3.2.4. Les contacts sociaux

Renforcer l'aspect relationnel dans les services proposés par les maisons de repos est une priorité.

*Contexte bruxellois :* les personnes âgées arrivent en maison de repos sont de plus en plus âgées et présentent plusieurs difficultés d'audition, de vision ou encore de mobilité. Dans ce contexte, il n'est pas chose aisée de faciliter la communication avec les résidents et le personnel d'accompagnement. Pour encourager cette communication et les rapports sociaux, il est indispensable de bénéficier du personnel qui disposent du temps nécessaire pour développer une approche d'écoute de la personne âgée.

Les contacts sociaux ne doivent pas se limiter à l'institution en elle-même mais doivent également être ouverts sur l'extérieur.

La qualité des contacts sociaux est plus complexe à mesurer tant elle est dépendante de multiples facteurs. En revanche, nous pouvons ici nous intéresser aux indicateurs qui favorisent les relations de qualité :

- la mise à disposition d'espaces pour accueillir les familles ;
- modalités de visites ;
- les activités extérieures (ouverture vers l'extérieur) ;
- le temps consacré à l'écoute du résident ;
- la clarté et l'accessibilité de l'information reçue.

**Le lien avec les besoins des personnes âgées :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Santé perçue                | <input checked="" type="checkbox"/> Confort émotionnel |
| <input type="checkbox"/> Autonomie                   | <input checked="" type="checkbox"/> Spiritualité       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rôle et activité | <input type="checkbox"/> Maison et quartier            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Relations        | <input type="checkbox"/> Sécurité financière           |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation      |  |

### 3.2.5. Le coût

Une étude réalisée par Di Giorgio analyse et évalue la relation entre les coûts et la qualité. Il souligne que si une relation entre les coûts et la qualité est généralement attendue, celle-ci

est souvent complexe<sup>28</sup>. En effet, « des niveaux de qualité plus élevés peuvent être obtenus par des améliorations structurelles et procédurales, comme l'obtention de matériel plus coûteux ou l'emploi de personnel supplémentaire. A contrario, l'amélioration des procédures peut entraîner une augmentation des coûts, et l'application de mesures de prévention des effets indésirables peut réduire les coûts »<sup>29</sup>. C'est la raison pour laquelle, Di Giorgio souligne qu'il est risqué de lier l'aspect coût à des indicateurs uniques de qualité.

*Contexte bruxellois* : une augmentation croissante et significative des coûts de l'hébergement en MR/MRS est observée à Bruxelles. Cette augmentation s'explique notamment par la professionnalisation croissante au sein du secteur et les exigences des normes en vigueur. De ce fait, 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<sup>30</sup>). Notons également que cette tendance semble se marquer ces prochaines années compte tenu d'une future population de personnes âgées moins favorisée socioéconomiquement.

Les personnes âgées souhaitent avant toute chose disposer d'un hébergement et d'une offre de services financièrement abordables. Nous identifions ci-dessous quelques indicateurs en lien avec le coût :

- le coût de l'hébergement<sup>31</sup>. Ces coûts peuvent être répartis entre : les fournitures hôteliers, l'entretien, la blanchisserie, les amortissements, les agents de service pour le blanchissage/nettoyage/portage des repas et, enfin, le personnel soignant au sein des établissements ;
- les coûts annexes ;
- les normes d'encadrement ;

#### Le lien avec les besoins des personnes âgées :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Santé perçue           | <input type="checkbox"/> Confort émotionnel             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Autonomie   | <input type="checkbox"/> Spiritualité                   |
| <input type="checkbox"/> Rôle et activité       | <input type="checkbox"/> Maison et quartier             |
| <input type="checkbox"/> Relations              | <input checked="" type="checkbox"/> Sécurité financière |
| <input type="checkbox"/> Aptitude et adaptation |   |

<sup>28</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.60.

<sup>29</sup> Piron Cécile, Fagnoul Josiane et al. (2020). Les normes et la qualité des soins en MRS : propositions d'indicateurs de suivi et recommandations, UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl., p.60.

<sup>30</sup> Etude solidaris.

<sup>31</sup> Pour cet indicateur, il est intéressant de distinguer : le cout pour la personne âgée, le cout pour la Région bruxelloise ainsi que le cout pour le fédéral.

### 3.3. Tableau de synthèse des indicateurs

Encadrement des résidents	Soins paramédicaux	Cadre de vie	Contacts sociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>le nombre de personnel par résident ;</li> <li>la qualification et des formations du personnel ;</li> <li>la composition de l'équipe d'encadrement (en termes de profils) ;</li> <li>le temps consacré à chaque résident ;</li> <li>la stabilité et l'absentéisme du staff.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>l'accessibilité des soins de longue durée ;</li> <li>l'accessibilité des soins aigus ;</li> <li>la sécurité des soins ;</li> <li>l'adéquation des soins ;</li> <li>le nombre de personnel soignant par résident ;</li> <li>la qualification et des formations du personnel soignant ;</li> <li>la composition de l'équipe soignante (en termes de profils) ;</li> <li>le temps consacré à chaque résident ;</li> <li>la stabilité et l'absentéisme du staff ;</li> <li>les compétences gériatriques du personnel ;</li> <li>la participation des résidents aux décisions médicales ;</li> <li>les collaborations/ la coordination entre les professionnels de la santé ;</li> <li>la continuité des soins ;</li> <li>l'organisation des soins.</li> </ul>	<p>Infrastructures :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>taille de la chambre ;</li> <li>équipements de la chambre ;</li> <li>salle de douche individuelle ;</li> <li>espaces verts ;</li> <li>infrastructure ;</li> <li>accessibilité des locaux ;</li> <li>Propreté des locaux</li> </ul> <p>Repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>variété des aliments ;</li> <li>participation des résidents à la confection des menus ;</li> <li>formation du personnel en cuisine ;</li> <li>horaire et organisation des repas.</li> </ul> <p>Cadre de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>activités/ animation proposées ;</li> <li>ouverture sur le quartier ;</li> <li>services proposés ;</li> <li>accueil du résident et de ses proches ;</li> </ul> <p>Satisfaction du résident</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>la mise à disposition d'espaces pour accueillir les familles ;</li> <li>modalités de visites ;</li> <li>les activités extérieures (ouverture vers l'extérieur) ;</li> <li>le temps consacré à l'écoute du résident ;</li> <li>la clarté et l'accessibilité de l'information reçue.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Coût</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>coût de l'hébergement ;</li> <li>coûts annexes ;</li> <li>les normes d'encadrement</li> </ul>

#### 4. Histoire du financement de la prise en charge en maison de repos

L'échelle de Katz date des années 70 et est l'une des plus anciennes échelles de dépendance. Son évaluation est simple et repose sur 6 critères avec pour chacune 4 niveaux de dépendance. Elle décrit les activités de la vie quotidienne : toilette, habillement, déplacement, alimentation, déplacement au WC, contrôle des sphincters.

Cette échelle est identique pour le secteur MR et MRS alors que son financement est différencié. A titre d'exemple, à Bruxelles, un lit de catégorie B dans une MR ne perçoit pas le même financement que dans une MRS alors que la prise en charge (besoin de la personne) sont exactement identiques.

Malgré le maintien de ce mécanisme en Belgique<sup>32</sup>, il est observé que depuis les années 80 une réflexion et une évolution sur l'utilisation des échelles dans le secteur des maisons de repos et de soins. La démarche « RAI<sup>33</sup> » est utilisée dans le cadre d'une réforme des soins à destination des personnes âgées en 1987. Dans le cadre de cette démarche, rappelons que interRAI est une organisation internationale regroupant des experts de différents domaines dont l'objectif est d'augmenter la qualité des soins aux personnes âgées en encourageant l'utilisation de méthodes d'évaluation standardisées.

---

<sup>32</sup> Voir benchmark, la Flandre s'écarte de cette échelle

<sup>33</sup> RAI : Resident Assessment Instrument

## 5. Annexes

### 5.1. Les recherches sur la qualité de vie des personnes âgées

Paper: Author year [ref] (country)	Sample and recruitment	Data collection method	Data analysis approach / methodological orientation	Focus of study	(Example of) questions asked to participants	Theoretical perspectives / frameworks that guided development of questions, codes or interpretation of findings	Conclusion
<b>Aberg 2005 [35] (Sweden)</b>	15 older adults (80+) with a diagnosed need of rehabilitation during a hospital admission, purposefully selected at the geriatric clinic	Qualitative interviews on three occasions: at the geriatric clinic, and 1 month and 6 months after discharge	Thematic framework approach	Factors perceived as important for life satisfaction	What is important for you to be able to do in order to be satisfied with life?	NR	Three themes emerged as important for life satisfaction: activity, independence and adaptation
<b>Andersson 2008 [33] (Sweden)</b>	17 older adults (75+) receiving municipal help and care and having a life-threatening disease or receiving palliative care, purposefully selected by nurses working in municipalities	Qualitative interviews with a narrative approach	Content analysis	Experience of aspects that bring about a good life in the last phase of life	Tell about your life situation especially what brought about a good life	NR	The experience was interpreted to be <i>Turning inwards to come to peace with the past, the present and approaching death while being trapped by health complaints</i> . Six categories embraced the experience of aspects that constitute a good life in the last phase of life: maintaining dignity, enjoying small things, feelings of "being at home", being in the hands of others, trying to adjust, still being important for other people and completing life while facing death.
<b>Bergland 2007 [36] (Norway)</b>	282 older women (75+) randomly selected from census files local authorities, participating in a community-based randomized study	Writing down the answer on one open ended question	Grounded theory	What QoL means	Write down what the phrase QoL means to you		Significant dimensions of the quality of life highlighted in the current study relate to holism, a pragmatic approach of health, relationships, participation and activity, belonging and the social environment, and personal values. Feelings of continuity, power, and the ability to grasp meaning in their lives are cornerstones of the quality of life for elderly women.

<b>Bernardo 2014 [37] (Portugal)</b>	48 older adults (65+) selected from a health care centre registry	Semi-structured interviews	Content analysis	Perceptions of QoL	NR	Categories were created by taking consulted literature about QoL definitions into account	The older people who participated in the study described QoL as being healthy, having peace, living in harmony, feeling happy, being satisfied with life, and keeping oneself busy, whether with hobbies, volunteer service or work. It also meant preserving interpersonal relationships and receiving support from family, friends and neighbours.
<b>Black 2015 [38] (US)</b>	1) 51 community-dwelling older adults (65+), purposively sampled in a range of residential and recreational community venues 2) 216 community-dwelling older adults (65+), recruited via a range of media and in community venues with high volumes of older adult presence	1) Focus groups and 2) open-ended surveys	Content analysis	What matters most in the context of everyday community life	What matters most as you live your daily life in this community?	A reality-oriented perspective	Findings suggest five key themes, all underscoring the prominence of the continuation of self as one ages in the community: (1) Preserving and promoting health and well-being; (2) continuing living arrangement and lifestyle; (3) maintaining autonomy and independence; (4) engaging in meaningful social opportunities; and (5) accommodating community assets.
<b>Borglin 2005 [39] (Sweden)</b>	11 independent older adults (80+) living in their own home, purposively sampled via connections of the author	In-depth interviews	Interpretative hermeneutic phenomenological method	Experience and meaning of QoL	I am interested to hear about your thoughts, feelings, and experience of the good life/QoL and how this has influenced you.	NR	QoL in old age meant a preserved self and meaning in existence. The areas contributing to the experience of QoL were: life values, recollection of previous life, activities, health, significant others, material wealth, and home.
<b>Bowling 2003 [40] (United Kingdom)</b>	999 older adults (65+) living at home, randomly selected from British household addresses: The Quality of Life Survey	Face-to-face interview survey with open-ended questions	Content analysis	Definitions of and priorities for a good QoL	Thinking about your life as a whole, what is it that makes your life good/bad? What single thing would improve your QoL?	NR	Social relationships and health were judged to be the most important areas.

<b>Bowling 2007 [41] (United Kingdom)</b>	1) 999 older adults (65+) living at home, randomly selected from British household addresses: The Quality of Life Survey 2) subsample of 80 respondents for the validation of subthemes in in-depth interviews (purposively selected)	Mixed methods including open-ended survey and in-depth interviews	1) thematic categorisation 2) grounded hermeneutic methods + constant comparison	Main attributes that gave life quality (and underlying reasons)	Elicitation of respondent's own descriptions of QoL (good and bad), their prioritisation of these things and how QoL can be improved	NR	The main reasons underlying the things people said gave their lives quality focused predominantly on: the freedom to do the things like they wanted to do without restriction; pleasure, enjoyment and satisfaction with life; mental harmony; social attachment; social roles; feeling secure.
<b>Bryant 2001 [42] (US)</b>	22 community-dwelling older HMO-members (60+) with a history of chronic conditions and high utilization, randomly selected from a group whose reported perceived health differed from that predicted by a regression model	Semi-structured interviews	Grounded theory-type methods	Factors that contribute to healthy aging	What they themselves believe describes and contributes to health/ well-being	NR	To these older people health meant going and doing something meaningful, which required four components: something worthwhile to do, balance between abilities and challenges, appropriate external resources, and personal attitudinal characteristics
<b>Bryant 2004 [43] (Canada)</b>	Older adults in 7 participating cities, more information NR	Focus groups and individual interviews	Each of the seven project sites carried out its own data analysis.	Perceptions of the influence upon their QoL	What are the events or situations that have diminished/ improved quality of life for you or for people living in your community? What things that affect your life could be influenced by governments?	Each of the seven project sites used their own framework, for example the concept of distributive justice, or an ecological approach	There was agreement across all locations as to the importance to seniors' QoL of the following access to information, health care, housing, income security, safety and security, social contacts and networks, and transportation.
<b>Carr 2017 [44] (Canada)</b>	42 community dwelling older adults (65+), purposefully sampled from a local Center for Seniors, a senior's walking program, a senior's exercise program, a local church and through snowball sampling	6 focus groups and 16 semi-structured interviews	Naturalistic inquiry	Factors that contribute to successful aging during different decades of older adulthood	What does it mean to age successfully? What do you think contributes to successful aging?	NR	Primary themes related to successful aging (staying healthy, maintaining an active engagement in life, keeping a positive outlook on life) were agreed upon by participants in all decades of older adulthood, while age-based differences existed among secondary themes.

<b>Cherry 2013 [45] (US)</b>	90 older adults (60+), drawn from the Louisiana Healthy Aging Study	Survey with 3 open ended questions	Content analysis consistent with grounded theory	Perceptions of longevity and successful aging	What is the key to living a long life? What do you look forward to the most? What advice or words of wisdom would you have for a young person today?	NR	Three major themes: (1) maintaining physical, mental and relational well-being; (2) living a healthy life; and (3) living a faithful life
<b>Dionigi 2011 [46] (Canada)</b>	21 older women (75+) with varying physical activity levels, purposeful selected from a seniors' centre and retirement community	In-depth interviews	Inductive analysis; narrative content analysis	Meaning of 'old' and 'successful aging'	Do you have any hobbies or regular activities that you enjoy? What does successful aging mean to you?	Stories were interpreted in the context of biomedical, psychosocial, and biographical approaches to successful aging	The findings particularly highlighted the multiple ways women make sense of their own aging and the extent to which their stories resist and reproduce cultural discourses of aging and gender. It appears that the more active the women, the more their definitions reflected key concepts in the biomedical model.
<b>Douma, 2015 [47] (the Netherlands)</b>	66 older adults (65+), recruited through local gatekeepers	Interviews with 'participant-generated word-clouds'	Content analysis	Subjective well-being in older age	Write down all aspects that you consider to be important for personal well-being	NR	15 domains were found based on participants' conceptions of subjective wellbeing. The multidimensional domains of social life, activities, health, and space and place were most important.
<b>Duay 2006 [48] (US)</b>	18 healthy senior adults (59+) familiar to the researchers (convenience sampling)	Interviews with open ended questions	Constant comparative method	Perceptions about successful aging and the role of learning in the process of adapting to age-related changes	NR	NR	Successful aging involves engaging with others; coping with changes; and maintaining physical, mental and financial health
<b>Ebrahimi 2013 [49] (Sweden)</b>	22 frail older adults (65+) with diverse ratings of self-perceived health, purposefully selected from a sample who were included in a quantitative study after seeking emergency treatment in a hospital	Qualitative interviews	Content analysis	Influences on subjective experience of health	Can you describe a day/situation, where you experience health? What gives you a feeling of poor health? Please tell me more about your experiences, thoughts, and emotions / your everyday life.	Eriksson's definition of health (endurable suffering) was used as guiding framework	To feel assured and capable was the main theme, which consisted of five subthemes: managing the unpredictable body, reinforcing a positive outlook, remaining in familiar surroundings, managing everyday life, and having a sense of belonging and connection to the whole.

<b>Everingham 2010 [50] (Australia)</b>	33 members (50+) of seniors' groups, purposively selected and via snowball sampling	10 semi-structured interviews and 5 group interviews	Thematic coding	The meaning of aging well	What does aging well mean to you? What are the main issues that should be addressed to improve the lives of seniors in this community?	NR	Community perceptions of aging well are broadly consistent with the goals of national and international policy frameworks in focusing on 3 dimensions—health, social engagement, and security.
<b>von Faber 2001 [51] (the Netherlands)</b>	27 older adults (85+) participating in the longitudinal Leiden 85-plus Study, purposefully selected	In-depth interviews	NR	Perceptions about physical, social, and psychocognitive functioning and well-being	About the experience of growing old and being old, the perception of the concept of successful aging, and the role of health in successful aging	NR	Most elderly patients viewed success as a process of adaptation rather than a state of being. They recognized the various domains of successful ageing, but valued well-being and social functioning more than physical and psychocognitive functioning
<b>Fisher 1992 [52] (US)</b>	19 older adults (62+) recruited at a Senior Activity center	Open ended interviews	NR	Understandings of successful aging and life satisfaction	What successful aging and life satisfaction meant to them, what was necessary for each, and what prevented each.	NR	There were some overlaps in understandings of successful aging and life satisfaction, but there was one key difference. Respondents described life satisfaction in terms of past expectations and present circumstances, while successful aging was more oriented to strategies for coping in later life and maintaining a positive outlook
<b>Fisher 1995 [32] (US)</b>	40 older adults (61+), randomly selected from employees of a foster grandparent program	Open ended survey questions	Content analysis	Understandings of successful aging and life satisfaction	What successful aging and life satisfaction meant to them, what was necessary for each, and whether these concepts were relevant to their own aging experience.	Erikson's concept of 'generativity' and Maslow's self-actualization hierarchy were used to interpret parts of the findings	Successful aging and life satisfaction are two different, yet related dimensions of subjective well-being. Understandings of successful aging involved attitudinal or coping orientations nearly twice as often as those for life satisfaction. Life satisfaction appeared to represent basic needs, whereas successful aging corresponded more closely to higher order needs such as self-understanding, helping others, and feeling like one has made a difference.
<b>From 2007 [53] (Sweden)</b>	19 older people (70+) dependent on community care, purposefully selected by a professional care needs assessor	Two interviews, 2–3 weeks apart	Content analysis	Views about health and well-being	What health, ill-health, well-being and ill-being meant to them	NR	The opportunity to feel healthy was dependent both on the older peoples' own ability to adjust or compensate, and on how the caregivers, relatives and friends in their environment could compensate for the obstacles the older people faced due to their disabilities.
<b>Fry 2000 [54] (Canada)</b>	37 older adults (58+), subsample of households participating in a community-based study	In-depth interviews following an open-ended survey	Content analysis	Considerations, priorities and concerns regarding QoL	What individual domains are the most important to your QoL? What specific concerns do you have about the QoL of your life?	NR	The majority of respondents has clear demands for autonomy, control and independence in making decisions, including the decision to terminate life.

<p><b>Gabriel 2004 [55] (United Kingdom)</b></p>	<p>80 older adults (65+) living at home, purposively selected from respondents to a quantitative survey (The Quality of Life Survey)</p>	<p>In-depth interviews using semi-biographical interview techniques, repeated with half of the sample 1 year later if changes were reported</p>	<p>Thematic coding</p>	<p>Perspectives on QoL</p>	<p>What they thought of when they heard the words 'QoL', to describe their QoL, what gave their lives quality and what took it away, how it could be improved and what would make it worse.</p>	<p>NR</p>	<p>The main QoL themes that emerged were: having good social relationships, help and support; living in a home and neighbourhood that is perceived to give pleasure, feels safe, is neighbourly and has access to local facilities and services including transport; engaging in hobbies and leisure activities (solo) as well as maintaining social activities and retaining a role in society; having a positive psychological outlook and acceptance of circumstances which cannot be changed; having good health and mobility; and having enough money to meet basic needs, to participate in society, to enjoy life and to retain one's independence and control over life.</p>
<p><b>Gilbert 2012 [56] (US)</b></p>	<p>10 older adults (80+) living in an urban area, purposefully sampled, known by researchers</p>	<p>Semi structured interviews</p>	<p>Phenomenological approach</p>	<p>Perceptions of facilitators and barriers to healthy ageing</p>	<p>What do you do to stay healthy? What are the factors that help you remain active? What are the barriers to remaining active?</p>	<p>Dorthea Orem's Self Care Nursing Theory</p>	<p>Three themes were identified as facilitators to healthy ageing: taking care of self, meaningful activity; and positive attitude. Barriers to healthy ageing identified were: giving up or giving in; environmental limitations; and the ageing process.</p>
<p><b>Grewal 2006 [57] (United Kingdom)</b></p>	<p>40 older adults (65+) living in private households, purposefully selected from a respondents to a general population survey</p>	<p>In-depth interviews</p>	<p>Thematic approach</p>	<p>Perceptions about QoL</p>	<p>What was important to them, what they enjoyed, got pleasure from, or valued in their lives. And, what is it about (factor) that is important to you, how does it make a positive contribution to your life?</p>	<p>Results were interpreted using work from Hyde, Higgs and colleagues that distinguishes attributes of QoL from the influences upon it; and Sen's functioning and capability approach.</p>	<p>Initial discussions tended to concentrate upon factors influencing QoL including activities, relationships, health, wealth and surroundings. Further probing and analysis suggested five conceptual attributes: attachment, role, enjoyment, security and control. The data also suggested that QoL was limited by the loss of ability to pursue these attributes.</p>

<p><b>Hendry 2004 [58]</b> (United Kingdom)</p>	<p>10 older adults (70+) recruited via day centres</p>	<p>Semi-structured interviews</p>	<p>Interpretative phenomenological analysis</p>	<p>Understandings of QoL</p>	<p>Questions focusing on five themes (physical health, psychological well being, social relationships, environment and choice and control) and any aspects of QoL not covered yet</p>	<p>NR</p>	<p>Older people's understandings of quality of life are not readily measurable and should be viewed in terms of phenomenological experience: 1) when offered to give a general picture of QoL, people do not segment their lives into component parts; 2) participants often compared their own experiences to those of others (contextual experience); 3) participants did not share the experience of a linear effect of aspects of aspects on QoL 4) perceived QoL varies on an ongoing daily basis and participants choose which aspect of QoL to make public.</p>
<p><b>Hinck 2004 [59]</b> (US)</p>	<p>19 older adults (85+) living alone in their own home in a rural area, selected via purposive and network sampling techniques</p>	<p>In-depth interviews, at least 3 per participant</p>	<p>Interpretative phenomenology</p>	<p>Life experiences</p>	<p>Talk about what is meaningful to you. Tell me what yesterday was like</p>	<p>NR</p>	<p>Remaining at home is a strong value of even the oldest-old people. Although they might be managing day to day, their ability to continue safely at home might be tenuous and could easily be upset by illness or injury. Participants were creative in changing their environment and everyday practices and patterns to be able to complete most desired activities.</p>

<b>Hörder 2013 [60] (Sweden)</b>	24 community-dwelling older adults (77+) recruited from a health promotion intervention	Open interviews	Content analysis	Perspectives on successful ageing	Tell me what successful ageing means to you	NR	Successful ageing can be seen as a preserved self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance. This embraced the content of four categories: "having sufficient bodily resources for security and opportunities", "structures that promote security and opportunities", "feeling valuable in relation to the outside world", and "choosing gratitude instead of worries."
<b>Kalfoss 2010 [61] (Norway)</b>	20 older adults (60+) living in the community, selected via senior organisations or nurses when acutely hospitalized or attending ambulatory care	Focus group interviews	Thematic content analysis	Issues of importance to QoL	Think about what the phrase QoL brings to mind. What issues contribute positively or negatively to your QoL?	After analysis, themes were compared with Lawton's conceptualisation of QoL.	Many valued aspects of human existence were found to affect QoL, and results lend empirical support to many of the themes appearing under Lawton's four sectors.
<b>King 2012 [62] (US)</b>	62 community-dwelling older adults with late-life disability, recruited from a senior care program (On Lok Lifeways)	Semi-structured interviews	Grounded theory (constant comparative analysis)	Factors that contribute to QoL	About participants' daily lives, including positive and negative aspects and descriptions of daily activities	NR	Participants described a range of factors in four domains (physical, psychological, social, spiritual) that contributed to their QoL. Dignity and a sense of control were central factors that had the strongest effect on QoL by allowing participants to build autonomy and self-worth.
<b>Laditka 2009 [63] (US)</b>	396 older adults from ethnically diverse groups living in the community, recruited within The Healthy Brain Project via a research network	Focus groups interviews	Constant comparative method	Views about ageing well, in the context of cognitive health	Please tell us about someone who you think is ageing well.	NR	There were notable race/ethnicity differences in perceptions of aging well. To promote cognitive health among diverse populations, communication strategies should focus on shared perceptions of aging well, such as living to an advanced age with intact cognitive function, having a positive attitude, and being mobile.

<b>Levasseur 2009 [64] (Canada)</b>	18 community-dwelling adults (60+), theoretically sampled based on disability level and QoL evaluation in a quantitative study	Two face-to-face semi-structured interviews (one week apart)	Phenomenological method	Perceptions and lived experiences about QoL in regards to personal factors, social participation and environment	In your own words, tell me what QoL means to you? What had the most positive/negative effect on QoL? How do everyday activities influence your QoL?	Themes were inspired by a disability and functionings model and Dijkers' conceptualisation of QoL	These results point up the importance of considering perceptions about personal factors, social participation and environmental factors in older adults' QoL.
<b>Llobet 2011 [65] (Spain)</b>	26 older adults (75+) selected from a home health care service database, representative in age and gender	Face-to-face interviews with 4 open-ended questions	Content analysis, grouped into categories	Elements composing QoL	How do you define QoL? What are reasons for your QoL rating? What are aspects related to satisfaction with life?	Results are explained with Role Theory and Engagement Theory	Main reasons for a good perception of QoL were health, family and social relationships, and the ability to adapt.
<b>Lorenc 2012 [66] (United Kingdom)</b>	37 older volunteers (61+) from community voluntary organisations, during a 'participant engagement event'	Focus groups	Content analysis	Perceptions and experiences of well-being (and decision making regarding complementary and alternative medicine)	Perceived meaning of well-being, changes in well-being since the group last met, and factors influencing well-being	Content analysis was partly informed by existing literature	"Keeping going" is important for older people. Five themes emerged: physical well-being, impact on activity, emotional issues, community and health services, and keeping positive.
<b>Lysack 2002 [67] (US)</b>	23 Caucasian and Afro-American community-dwelling women (85+) as exemplars of ageing well, identified via like-aged community peers	In-depth ethnographic interviews	Constant comparative method	Personal meanings of ageing and well-being	Questions to identify what growing older was like and what it meant to participants.	Interviews were analysed through the combined theoretical perspective of symbolic interactionism and continuity theory	Personal competence in the "feminine sphere" is key to understanding older women's health beliefs and behaviours in late life. Findings also point to the importance of occupational competence as a predictor of well-being in late life.
<b>Milte 2014 [68] (Australia)</b>	21 older adults (64+) attending outpatient day rehabilitation services (incl therapy gym and hydrotherapy sessions)	Semi-structured focus groups (including ranking exercise)	Mixed methods; for qualitative part structured content analysis was used with thematic coding procedures	Perceptions of QoL	Tell me about what QoL means to you? / Why did you rank this item as most/least important?	Existing QoL instruments used (ASCOT, OPQoL) for ranking exercise, on which the group discussion was based	Older adults value both health and social domains as important to their overall QoL.
<b>Moore 2006 [69] (Canada)</b>	11 older adults (65+) living in their own homes, lodges and senior complexes, recruited via a written invitation by colleagues of the authors	Narrative inquiry via in-depth interviews	Phenomenological reflection	Experience of meaning and purpose in life	As you reflect back over your life, what are meaningful, important experiences for you?	NR	It is in continuing to have a rich and satisfying life, even if it meant struggling a bit that seemed to contribute to a sense of meaning and purpose in life for the participants in this study.

<b>Murphy 2009 [70] (Ireland)</b>	122 older people with 6 types and different onset of disability, living in the community, purposeful selected	Interviews	Informed by grounded theory	Determinants of QoL	NR	Data collection was complemented by findings from international literature	We identified QoL factors that were important to older people with a disability, and these were consistent across groups, regardless of type of disability. 'Living well' was conceptualized as the core category.
<b>Nilsson 1996 [71] (Sweden)</b>	87 older adults (75+) without severe somatic or psychiatric disorders, living in their own homes, participating in a multidisciplinary longitudinal study (Kungsholmen Project)	Structured interviews with standardized and open questions	Content analysis	Characteristics of QoL	What does QoL mean to you?	The Finnish sociologist Erik Allardt's definition of QoL was chosen as the conceptual framework for the study	The concept of QoL has many dimensions. A definition like Allardt's is too static and does not cover all aspects of the elderly's QoL. To sum up the characteristics of the QoL in old age, it can be stated that the emphasis is not on material things and the elderly's own persons but on contentment and a peaceful life, independence and health as a resource for this personal integrity in terms of moral qualities, and a caring attitude.
<b>Nosraty 2015 [72] (Finland)</b>	45 community-dwelling older adults (90+), invitation sent to every fifth woman and man born in 1921-22, living in the city	Life-story interviews	Thematic analysis with an inductive approach	The meaning and content of good and successful aging	What do you think constitutes a good old age? What do you need in order to experience a good old age? What things are associated with it? And what do you think a good old age is?"	NR	Good health is important, but more in the sense of being pain-free than of being disease-free. Social and cognitive aspects seem to be more important than physical health. The important things for our nonagenarian respondents were to continue living independently, preferably in their own homes, and to have a quick and easy death rather than being institutionalized.

<b>Prieto-Flores 2010 [73] (Spain)</b>	24 older adults (64+), purposively selected at public day care centers and public seniors' centers	Semi-structured interviews	Grounded theory	Connections between the subjective experience of health and other significant QoL domains	Around perceptions of aging, health, QoL, and health and social care	NR	Four major categories were identified: (a) adaptation to the limits of health in aging; (b) subjective health and QoL in aging; seeking a balance; (c) the experience of place in centers for older people; and (d) a central category, health and family interrelated dimensions of QoL in old age.
<b>Puts 2007 [74] (the Netherlands)</b>	25 older frail and non-frail community-dwelling adults (65+), theoretically sampled based on 8 frailty markers from the Longitudinal Aging Study Amsterdam	Semi-structured interviews	Grounded theory	Meaning of QoL	E.g. What is the first thing that you think about when you hear the term QoL? What is important for your own QoL, and why?	Topic guide was based on a literature study on QoL.	Five themes emerged: (physical) health, psychological well-being, social contacts, activities, and home and neighborhood
<b>Reichstadt 2010 [75] (US)</b>	22 community-dwelling adults (60+), purposively selected at retirement communities, a low-income senior housing complex, and a continued learning center	Qualitative interviews	The method of 'Coding Consensus, Co-occurrence, and Comparison' (Grounded theory)	Perspectives on successful ageing	E.g. How would you define successful aging? What is important to aging successfully? What are your suggestions on how to age well?	NR	Two primary themes were identified as key to successful aging—i.e., self-acceptance/self-contentment (with sub-themes of realistic self-appraisal, a review of one's life, and focusing on the present) and engagement with life/self-growth (with sub-themes of novel pursuits, giving to others, social interactions, and positive attitude). A balance between these two constructs appeared critical.
<b>Richard 2005 [76] (Canada)</b>	72 older adults (55+) living in an urban environment, recruited from purposefully selected seniors' groups and community organisations serving older adults	8 focus groups	Descriptive analysis	Factors affecting QoL	On factors related to or affecting QoL, measures to improve QoL and the role governments can play in the QoL of older adults	The ecological model of McLeroy et al. was chosen as an organising framework for categorisation of factors	A broad range of issues were discussed. The most salient themes were health and independence, financial security, social integration, health care services, housing, accessibility of community services, and decision making power.

<b>Romo 2013</b> [77] (US)	56 community-dwelling older adults (55+) with late-life disability from different race/ethnic groups, recruited from a senior care program (On Lok Lifeways)	Semi-structured interviews	Grounded theory (constant comparative analysis)	Meaning of successful ageing	What comes to mind when hearing the term 'successful ageing'? What does it mean to be old? Do you feel you've aged successfully? Do you feel old?	NR	An overarching theme was that aging results in <i>Living in a New Reality</i> , with two subthemes: <i>Acknowledging the New Reality</i> and <i>Rejecting the New Reality</i> . Participants achieved successful ageing by using adaptation and coping strategies to align their perception of successful ageing with their experiences. Themes were common across race/ethnic groups but certain strategies were more prominent among different groups.
<b>De la Rue 2003</b> [31] (Australia)	5 rural older (65+) widowed women, voluntarily recruited based on a homogenous sampling strategy	Repeated in-depth interviewing based on a life history research approach	Thematic analysis	(Influence of the geographical location on) the meaning of health and well-being	Tell me about your life here on this property	Social constructionism and socio-environmental theory of gerontology provided the philosophical boundaries to the central research question	The informants' health and well-being were profoundly influenced by the geographical location of living on the land
<b>Thomas 1989</b> [34] (UK)	20 older men (70+) residing in England, purposively selected (to match an Indian sample) from organisations serving the elderly (50 participants interviewed; analysis based on 20 participants);	In-depth open ended interviews	Hermeneutical approach	Life satisfaction / subjective well-being	About themselves, their past and their present situation (things they enjoy and dread, attitudes toward pain, pleasurable experiences, etc.)	NR	The samples (Indian and English) differ in overarching themes and their level of life satisfaction. The dominant theme for the English sample is dread of incapacitation, of becoming useless and dependent. The term that best describes these men is <i>stoic acceptance</i> , if not resignation.
<b>Tollen 2008</b> [78] (Sweden)	22 older adults (65+) with disabilities, purposefully selected from persons who applied for (but not yet started) day care rehabilitation	Qualitative interviews	Phenomenography	Everyday life experiences	'I would like you to tell me about your everyday life, what you do and how you experience your situation'.	NR	Disengagement in activities and social contacts resulted in feelings of resignation and dejection for some participants, while others delegated tasks as a satisfactory alternative. Participants also described how activities and social contacts continued, albeit in different ways, and being active and socializing gave feelings of pleasure and a sense of belonging. While receiving help was experienced as valuable, it also increased the fear of becoming dependent.

## CHAPITRE II : MATRICE DES COMPETENCES

Faisant suite à l'analyse des besoins des personnes âgées ainsi qu'à la notion de qualité au sein des maisons de repos, nous avons élaboré une matrice des compétences. Cette matrice vise à identifier les profils des professionnels présents au sein des maisons de repos et la manière dont chacun de ces profils répond aux besoins des personnes âgées.

La matrice est structurée de la manière suivante :

**Profil métier :** Les profils de professionnels disponibles en maison de repos.

**Brève description du rôle :** détail, en quelques mots, de la fonction du profil métier proposé.

**Les facteurs de qualité :** à quel(s) facteur(s) de qualité, le profil de professionnel proposé contribue-t-il ?

**Les besoins des personnes âgées :** à quel(s) type(s) de besoin(s) de la personne âgée le profil de professionnel proposé peut-il répondre ?  
Les catégories de besoins identifiées sont issues du chapitre I du présent rapport.

Profil de métier	Brève description du rôle	Facteur de qualité						Besoins des personnes âgées
		Encadrement des résidents	Soins paramédicaux	Environnement			Contacts sociaux	
				Infrastructures	Repas	Cadre de vie		
Equipe d'hébergement : en charge de l'intendance de l'établissement								
- Educateur(rice) spécialisé	L'éducateur spécialisé a avant toute chose un rôle d'accompagnateur. Il est considéré comme un professionnel de la relation qui veille à maintenir le résident au centre de son projet de vie, à le soutenir dans l'affirmation de son identité et de ses besoins, à faciliter son épanouissement dans la communauté de la maison de repos tout en maintenant des liens étroits avec les autres communautés auxquels il appartenait avant son entrée dans celle-ci.	X		X				<b>Autonomie :</b> être capable de se débrouiller seul, être capable de faire ses propres choix. <b>Rôle et activité :</b> se sentir valoriser et confortable dans sa peau, rester connecter (avec le monde autour). <b>Relations :</b> avoir et maintenir des relations étroites, apprécier la relation avec sa famille, éprouver un sentiment d'appartenance, être aimé et apprécié.

Profil de métier	Brève description du rôle	Facteur de qualité					Contacts sociaux	Besoins des personnes âgées
		Encadrement des résidents	Soins paramédicaux	Environnement				
				Infrastructures	Repas	Cadre de vie		
<b>Equipe d'hébergement : en charge de l'intendance de l'établissement</b>								
- Educateur(rice) spécialisé	L'éducateur spécialisé a avant toute chose un rôle d'accompagnateur. Il est considéré comme un professionnel de la relation qui veille "à maintenir le résident au centre de son projet de vie, à le soutenir dans l'affirmation de son identité et de ses besoins, à faciliter son épanouissement dans la communauté de la maison de repos tout en maintenant des liens étroits avec les autres communautés auxquels il appartenait avant son entrée dans celle-ci".	X		X			X	Autonomie : être capable de se débrouiller seul, être capable de faire ses propres choix. Rôle et activité : se sentir valoriser et confortable dans sa peau, rester connecter (avec le monde autour). Relations : avoir et maintenir des relations étroites, apprécier la relation avec sa famille, éprouver un sentiment d'appartenance, être aimé et apprécié.
- Animateur(rice)	L'animateur est principalement en charge de l'organisation et le développement des projets, d'animation et des événements qui favorisent le contact social, l'épanouissement, l'intégration et l'autonomie des personnes âgées.					X	X	Rôle et activité : rester occuper, réaliser des activités valorisantes.
- Auxiliaire de vie	L'auxiliaire de vie facilite le résident dans les actes de la vie quotidienne, notamment technique, afin de leur permettre de préserver ou de restaurer leur autonomie.	X				X		Autonomie : être capable de se débrouiller seul, être capable de faire ses propres choix.
- Bénévoles	Le bénévole participe au bien-être des résidents, il rend visite aux résidents, est présent et se tient à leur écoute.						X	Relations : avoir et maintenir des relations étroites, faire l'expérience du soutien. Confort émotionnel : ne pas se sentir seul ou isolé. Relations : faire l'expérience du soutien, avoir des gens qui s'intéressent et se soucient de vous.
- Assistant(e) sociale	L'assistant social veille à l'accueil et au bien-être du résident au sein de la maison de repos. Il intervient principalement auprès des résidents pour les aider à s'insérer dans la collectivité, accompagne la famille et le résident lors de son entrée en maison de repos (vérifier l'adéquation de la maison de repos, ce qu'elle propose, avec les besoins de la personne, son niveau de dépendance, ses envies)					X	X	Aptitude et adaptation : être positif et tirer le meilleur parti de la vie, être capable de relativiser sa situation, être capable de changer ses habitudes/ de faire les choses différemment.
- Agent d'entretien (espaces verts)	L'agent d'entretien veille à l'entretien des espaces verts de l'établissement.			X				Quartier : vivre dans un environnement agréable, pouvoir accéder aux zones importantes du quartier et s'y déplacer
- Agent de maintenance	L'agent de maintenance veille à la sécurité et à l'entretien des installations/ locaux.			X				Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
- Technicienne de surface	Ces agents sont chargés d'entretenir l'établissement, en respectant les protocoles de nettoyage et d'hygiène. Ils veillent au confort et au bien-être des résidents.			X				Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
- Chef cuisinier(nière)	Il est responsable de la qualité de la restauration et du service, supervise l'élaboration des menus tout en tenant compte des besoins spécifiques des résidents.				X			Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
- Cuisinier(nière)	Le cuisinier est responsable de la confection des plats.				X			Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
- Serveur	Sous la responsabilité du chef de cuisine, le service est notamment chargé : de napper et dresser le couvert sur le couvert sur les tables, de distribuer les repas, débarasser les tables, etc.				X			Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
- La lingère	Elle est chargée de l'entretien du linge pour faciliter la vie des résidents et des familles.					X		Infrastructure : vivre dans un logement qui offre intimité et confort.
<b>Equipe de soins : veille aux soins quotidiens en effectuant des actes médicaux</b>								
<b>Le pôle médical</b>								
- Médecin coordinateur	Le rôle et les missions du médecin coordination sont définis par un Arrêté Royal. Ses attributions sont multiples, il intervient principalement dans les tâches liées aux soins. Il est également chargé : du projet général de soins des personnes âgées, de l'étude des dossiers d'admission, de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie, de la coordination du travail, etc.		X					Santé perçue : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. Autonomie : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Infirmière en chef	L'infirmière en chef seconde le médecin coordinateur dans la mise en œuvre du projet de soins et de vie du résident. Elle est en charge de la gestion du personnel (encadrement de l'équipe), de la gestion et de l'organisation des soins (coordination des activités), de la qualité des prestations de soin dans leur globalité, de la gestion du matériel et, enfin, de la formation permanente des membres de l'équipe soignante.		X					Santé perçue : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. Autonomie : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Infirmière(e)	L'infirmière est en charge de la prise en charge médicale des résidents, elle est responsable de l'exécution des soins auprès de chaque résident.		X					Santé perçue : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. Autonomie : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.

Profil de métier	Brève description du rôle	Facteur de qualité					Contacts sociaux	Besoins des personnes âgées
		Encadrement des résidents	Soins paramédicaux	Environnement				
				Infrastructures	Repas	Cadre de vie		
- Aide soignant	L'aide soignant seconde l'infirmière, il dispense les soins d'hygiène et de confort, collabore aux soins préventifs et curatifs, etc.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
<b>Le pôle thérapeutique</b>								
- Psychologue	Le psychologue travaille en étroite collaboration avec le résident, les familles et le personnel. Il élabore et met en œuvre des actions préventives et curatives pour promouvoir l'autonomie des personnes âgées et assurer leur bien-être au sein de la maison de repos.		X				X	<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Ergothérapeute	L'ergothérapeute contribue au bien-être des résidents, il met en œuvre des actions de rééducation et de prévention dans le respect du projet de vie du résident.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Kinésithérapeute	Le kinésithérapeute est le spécialiste de la réadaptation et de la rééducation, il œuvre à maintenir ou rétablir les capacités motrices des résidents.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Musicothérapeute	Il mobilise la médiation sonore et musicale afin de permettre la communication et l'expression.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Diététicienne	La diététicienne veille au respect de l'équilibre alimentaire de la personne âgée, elle élabore les menus en étroite collaboration avec le chef de cuisine.		X		X			<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Ortophonistes	L'orthophoniste intervient auprès des résidents souffrant de troubles du langage, de la communication ou de la déglutition.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
- Podologues	Le pédicure-podologue prend en charges les pathologies du pied.		X					<i>Santé perçue</i> : ne pas souffrir de troubles/ de symptômes physiques/ mentaux / cognitifs, se sentir en bonne santé par rapport à son état de santé antérieur ou à celui d'autres personnes, ne pas être limité par son état de santé. <i>Autonomie</i> : être capable de se débrouiller seul, faire ses propres choix, ne pas se sentir comm un fardeau pour les autres, être capable de conserver sa dignité.
<b>Autres</b>								
- Référent prévention	Le référent prévention est en charge de la mise en œuvre de projets de prévention au sein de l'établissement. Hygiène bucco-dentaire : sensibilisation du personnel (base en terme de prévention, souvent négligée), nutrition, prévention des chutes, hygiène ...		X	X	X			



## CHAPITRE III : COMPARATIF DES ÉTABLISSEMENTS & MÉCANISMES DE SOINS DE SANTÉ LONGUE DURÉE : FLANDRE, PAYS-BAS, ALLEMAGNE & FRANCE

### TABLE DES MATIERES

Introduction	32
Fiche 1 - Région flamande	33
Fiche 2 - Pays-Bas	35
Fiche 3 - Comparaison Bruxelles, Région flamande, Pays-Bas	36
Fiche 4 - Allemagne	39
Fiche 5 - France	41

## Introduction

Sur base de recherche documentaire dans différentes régions et pays d'Europe, nous avons déterminé les contours des différents types d'établissements ainsi que leurs mécanismes de fonctionnement. Les pays étudiés sont : les Pays-Bas, l'Allemagne et la France. Nous avons également choisi d'analyser la situation en présence dans la région flamande afin d'avoir un aperçu d'un mécanisme différent sur le territoire belge.

Dans cette section, nous analysons plus en détail dans le fonctionnement interne des établissements offrant des soins de santé longue durée :

1. L'accessibilité;
2. Les outils utilisés afin de mesurer les besoins en financement, qualité et personnel;
3. Financement;
4. Qualité;
5. Personnel;

Légende	
Critères étudiés au sein du Benchmark	Modalités
Accessibilité 	Accessibilité « libre » (  ) ou présence d'une forme de contrainte (  ).
Echelle 	Présence de plusieurs échelles (  ) ou d'une échelle complexe à une seule échelle « simple » (  )
Mécanisme financier 	Absence d'un mécanisme financier (  ) ou présence d'un mécanisme financier basé sur le patrimoine (  )



Toute personne de plus de 65 ans (sauf dérogation) qui ne peut plus vivre de manière autonome à son domicile, peut avoir accès à un hébergement permanent et des soins de longue durée par le biais d'un centre de soins résidentiels (woonzorgcentra). Le woonzorgcentra est un centre qui offre un hébergement et des soins permanents.

En matière de soins à domicile, la Région flamande vient de prendre une série de décisions pour renforcer la prise en charge des personnes âgées à domicile afin de réduire l'usage de la maison de repos pour des profils « légers ». A noter que le taux d'occupation au sein des woonzorgcentra est de 93,5%-95% (2020-2021).

### Financements

Le financement des centres de soins résidentiels est, en grande partie, évalué sur base d'une échelle de dépendance des personnes âgées aux soins.

Depuis 2019, cette compétence n'est plus du ressort du gouvernement fédéral, mais a été régionalisée. Comme à Bruxelles, le Gouvernement de la Région flamande est en charge de la définition et l'amélioration des instruments nécessaires à l'évaluation des financements nécessaires. C'est ainsi qu'il est possible de calculer sur cette base, le type de soins nécessaires ainsi que le personnel adéquat requis (et la masse salariale *ad hoc*). Le financement des maisons de soins et de repos est donc défini par le **nombre de résidents** ainsi que le **degré de dépendance** en contrepartie duquel est exigé le respect des règles de soins. Historiquement, il est important d'insister que le financement, avant la réforme la régionalisation de la compétence, était identique à celui de Bruxelles (financement fédéral via l'Inami).

Le financement des centres de soins résidentiels est basé sur 3 sources de revenus :

- 1) la première partie, la somme forfaitaire institutionnelle a été obtenue via le forfait de base (anciennement forfait Inami), qui assure le financement des centres de soins résidentiels ;
- 2) la deuxième partie du financement concerne les subventions obtenues par le gouvernement: (VAZG) Indemnisation wzc, (VAZG) au-dessus du personnel standard, (VAZG) financement de fin de carrière, (VAZG) Financement supplémentaire ;
- 3) la troisième partie est constituée par le revenu généré par le prix journalier (composé de la composition du prix journalier et des suppléments).

### Instruments pour déterminer le besoin en soins de santé et mesurer la qualité

**L'échelle KATZ** est l'instrument utilisé par les pouvoirs régionaux pour déterminer la dépendance aux soins des personnes et par conséquent le montant du forfait nécessaire au financement des soins de santé (et donc du personnel adéquat à rémunérer, recruter, former, etc.). Toutefois, l'échelle ne semble pas répondre à la granularité et à la précision nécessaire à l'évaluation de la dépendance aux soins ; ce qui influe négativement sur le restant du processus de financement.

C'est pourquoi, l'échelle de KATZ va évoluer dans un futur proche (1/6/2023) et sera améliorée par l'entrée en vigueur de **l'échelle BelRAI** (instrument d'évaluation du bénéficiaire) et sa version simplifiée **BelRAI screener** qui mesureront de manière beaucoup plus précise la dépendance aux soins des personnes faisant appel à des soins de santé de longue durée.

La BelRAI veut répondre à un double objectif :

- Disposer d'un instrument performant qui proposerait un plan de soins adapté
- Disposer d'un instrument unique qui pourrait s'adapter aux différents contextes de soin.

Il existe trois versions spécifiques aux contextes de soins :

- BelRAI HC (*Home Care*) pour les soins à domicile;
- BelRAI LTCF (*Long Term Care Facilities*) pour les soins de longue durée pour les Woonzorgcentra ;
- BelRAI AC (*Acute Care*) pour les soins aigus pour hôpitaux.

À partir de juin 2023, l'introduction de BelRAI LTCF (établissements de soins de longue durée) deviendra obligatoire pour les centres de soins résidentiels, là où le BelRAI Screener l'est déjà depuis janvier 2021 pour les services à domicile.

En prévision de l'implémentation du BelRAI dans le secteur résidentiel, plusieurs projets pilotes ont été lancés en Flandre.



## Personnel

En ce qui concerne le personnel, comme illustré dans la section suivante, ils doivent :

- répondre à un certain niveau de qualification ;
- être en nombre suffisant ;
- respecter certains ratios résidents (normes d'encadrement).

A noter qu'il existait encore jusqu'il y a peu une différence au niveau des normes d'encadrement entre un profil en maison de repos (MR) et un profil en maison de repos et soins (MRS). Cette différence persiste à Bruxelles, mais a été abolie en Flandre.

Pour rappel, la norme d'encadrement varie selon le profil de dépendance de l'établissement (qui est obtenu par compilation de l'ensemble des profils de chaque résident).

## Qualité

La qualité de vie du résident constitue un des axes centraux de la politique en matière de soin de santé de longue durée. L'instrument BelRAI (autant utilisé pour le financement que pour l'évaluation de la charge de soin) va se positionner comme l'élément clé de l'appréciation de la qualité des soins.

Par ailleurs, il existe un projet pilote d'indicateur flamand pour les centres de soins résidentiels ou *Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra*, le VIP WZC, qui consistera à :

- définir des indicateurs objectifs de qualité des centres ;
- mesurer la qualité de vie au sein des centres de soins.

Ainsi, un **indicateur de qualité** est un élément mesurable se rapportant aux soins de santé et qui permet de donner une indication de leur qualité. L'objectif visé est de :

- aider les établissements résidentiels de soins de santé longue durée à améliorer leur politique de qualité ;
- installer un système d'information et de transparence ;
- permettre aux pouvoirs régionaux d'évaluer les besoins et leurs désirs d'approbation des financements ;
- permettre une comparaison objectifs inter-établissements.

Les mesures de qualité sont organisées et contrôlées par l'Institut flamand pour la qualité des soins (*Vlaams Instituut voor Kwaliteit van de Zorg*). Afin d'atteindre ces objectifs, les centres de soins résidentiels doivent mesurer en permanence des indicateurs sur la qualité des soins et la sécurité, ainsi que sur les prestataires de soins et l'organisation. Ces mesures de qualité doivent être effectuées deux fois par an par les centres de soins résidentiels

Les indicateurs de qualité sont les suivants :

- plaies de pression ;
- perte de poids involontaire ;
- chutes ;
- restriction de la liberté ;
- médicaments (incidents médicamenteux) ;
- soins de fin de vie.



Aux Pays-Bas, il existe une propension à inciter les personnes âgées à rester à domicile. Pour que les personnes âgées puissent avoir droit aux soins en maison de repos, elles doivent disposer d'un profil de soins « dépendance ». Ce profil repose sur une évaluation qui détermine son groupe au sein du Zorg Zwaarte Pakket. Le ZP est délivré par le Gouvernement (CIZ - Centrum Indicatiestelling Zorg). Les ZP 1, 2 et 3, c'est-à-dire les profils légers, ne sont plus inclus dans le financement par le CIZ et ont été repris par les municipalités (via la loi sur l'aide sociale).

A noter que le taux d'occupation, en maison de repos, est de 97% en 2021 et que l'offre privée dans le secteur résidentiel est de 2%.

## Financements

Le financement des soins de santé de longue durée est très complexe, car il est régi sur base de plusieurs lois. **La loi sur les soins de longue durée (Wlz)** est en vigueur depuis le 1er janvier 2015. Il s'agit du successeur de l'AWBZ. Le Wlz donne droit à des soins aux assurés qui sont dépendants de soins ou d'une surveillance permanente. Pour bénéficier des soins du Wlz, il faut obtenir une indication du niveau ZP auprès du *Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)* (Centre d'indication des soins de santé). Toutefois, on remarque que les profils « légers » sont exclus.

Le système de soins de santé est régi par quatre lois : la loi sur l'assurance maladie (Zvw), la loi sur les soins de longue durée (Wlz), la loi sur la protection sociale (OMM) et, enfin, la loi sur la jeunesse (non applicable ici).

Premièrement, la subvention gouvernementale basée sur le profil ZP doit couvrir tous les coûts de prise en charge. L'organisme de soins peut décider lui-même à quoi l'argent est dépensé. Les dépenses sont liées aux fonctions suivantes :

- conseils de soutien (OB),
- soins personnels (PV),
- obligations en soins infirmiers (VP),
- traitement général.

Deuxièmement, il y a aussi la contribution du résident qui est variable en fonction des revenus de la personne, avec une contribution maximale de 80€ par jour.

A titre d'exemple, un profil VV7, qui décrit un profil pour des soins importants (dont des soins spéciaux pour une combinaison de problèmes psychiatriques et de problèmes physiques), ce forfait octroie une présence de 22h/semaine. Afin de renforcer l'encadrement dans des situations « compliquées » et favoriser ainsi une gestion spécifique des besoins de la personne âgée, le profil de base qui sert à déterminer un nombre exact d'heures de soins auxquelles un résident a droit peut être augmenté par un forfait de soins « prioritaires » sur base d'une description précise des soins complémentaires dont le résident a besoin dans la situation décrite.

Selon une étude de 2016 (Mutualité socialiste, baromètre des maisons de repos en Flandre, 2016). Le coût total d'une prise en charge d'une personne âgée en Flandre est de **37% inférieurs** au financement aux Pays-Bas (avant application des nouvelles normes).

## Instruments pour déterminer le besoin en soins de santé et mesurer la qualité

Un ZP est une classification des soins qui va de ZP 1 VV à ZP 10 VV (soins infirmiers et soins = soins aux personnes âgées). Pour rappel, les ZP 1 à 3 ne sont plus inclus et ont été repris par les municipalités (OMM - Loi sur l'aide sociale).

L'échelle détermine un nombre d'heures réparti sur différentes fonctions :

ZP	WOONZORG				Totaal aantal uren woonzorg
	Uren OB	Uren PV	Uren VP	Uren AB	
1 VV	2,99	1,01			3,99
2 VV	2,85	2,85	0,48		6,18
3 VV	2,62	4,84	1,28		8,75
4 VV	4,80	4,28	0,52		9,61
5 VV	9,15	5,90	0,55		15,60
6 VV	5,30	8,23	2,87		16,40
7 VV	10,60	6,28	2,12		19,00
8 VV	10,67	10,67	2,76		24,10
9a VV	5,08	7,87	2,75		15,70
9b VV	5,08	7,87	2,75		15,70
10 VV	2,75	13,47	10,68		26,90

BDO Pays Bas



## Personnel

Contrairement aux normes établies en Flandre et à Bruxelles, la composition du personnel par nombre de résidents n'est pas aussi claire aux Pays-Bas.

Ceci principalement en raison du fait que le Gouvernement des Pays-Bas tente de forcer les organisations de soins de santé à leur donner une réelle capacité pour définir en autonomie des soins sur mesure axés sur le résident. Il s'agit donc de définir le nombre exact d'heures de soins auxquelles le résident a droit.

Le ZP formalise un nombre d'heures de personnel notamment sur :

- les soins en établissement,
- l'accompagnement,
- le traitement.

## Qualité

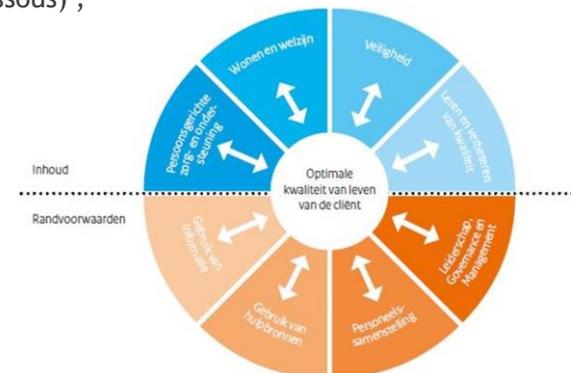
Il existe un cadre comme base juridique pour la qualité des soins en maison de repos. Les soins fournis sont analysés par le Gouvernement, à savoir par le Bureau des soins et l'inspection de la santé publique. Les prestataires de soins de santé sont tenus de fournir des données sur la qualité une fois par an. Ces données peuvent ensuite être trouvées dans une base de données publique du *Zorginstituut*. Le *Zorgkantoor* évalue si la quantité de soins est fournie. Cela implique un échange important de données. L'Inspection de la santé publique vérifie si les soins dispensés répondent aux exigences minimales fixées par le Gouvernement.

Les indicateurs conceptuels de sécurité de base inclus dans le cadre de qualité sont les suivants:

- plaies de pression ;
- hospitalisation aiguë ;
- restriction de liberté ;
- médicaments (les incidents liés aux médicaments et une revue des médicaments sont effectués).

Les incidents sont enregistrés et si nécessaire l'inspection (*zorgkantoor*) est informée. Les structures sont tenues de réfléchir périodiquement aux résultats/plaintes/incidents et de mettre en œuvre des améliorations.

Dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité partagée, il a été créé un modèle subdivisé en deux : 1) les soins et 2) l'accompagnement (voir schéma ci-dessous) ;



Figuur 1: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg

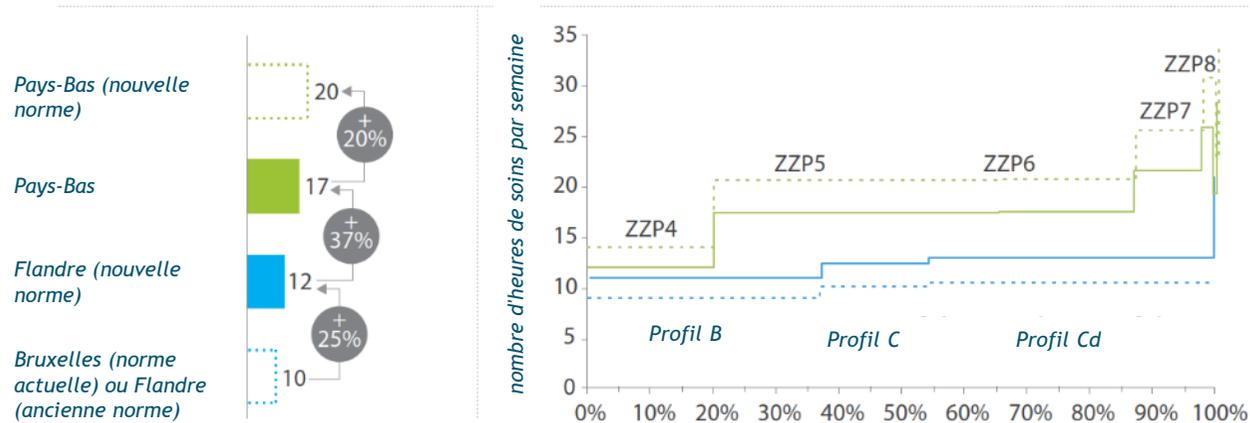


Compte tenu de l'origine historique commune du financement entre la Flandre et Bruxelles, et compte tenu de l'évolution prise aux Pays-Bas, il apparaît directement pertinent de comparer le modèle historique bruxellois (qui n'a pas réellement évolué depuis le transfert de cette compétence), la Flandre qui vient de bousculer son financement par un équilibre des normes d'encadrement entre les lits MR et MRS et les Pays-Bas dont le financement vient d'être renforcé pour garantir une meilleure prise en charge du résident

Tableau 1 : Comparaison Pays-Bas - Flandre - Bruxelles répartition des profils en fonction du nombre d'heures de soins par semaine(\*)

Moyenne pondérée du nombre d'heures de soins par semaine

Répartition en % des profils en fonction du nombre d'heures de soins par semaine



Ce qui est particulièrement frappant est la différence entre les zzp 7 et 8 et le profil de soins Cd ; en Flandre et à Bruxelles, car les profils de soins plus lourds connus aux Pays-Bas n'existent pas dans nos deux Régions. Complémentairement, précisons qu'aux Pays-Bas, il existe également des suppléments pour, par exemple, la maladie de Huntington et les maladies cérébro-vasculaires alors que La Flandre et Bruxelles ne disposent pas de tels suppléments.

Cette pondération, basée sur les normes d'encadrement, démontre que l'encadrement mis à disposition est déjà défavorable à Bruxelles par rapport à la Flandre et aux Pays-Bas et que cette différence va croître avec la mise en œuvre des nouvelles normes aux Pays-Bas.



En 2016, l'université de Maastricht a été mandatée par le ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et du Sport pour étudier la relation entre le déploiement du personnel et la qualité des soins dans les établissements de santé dont les maisons de repos. Leur conclusion est que le déploiement d'un plus grand nombre d'infirmières et de personnels soignants dans les maisons de repos n'entraîne pas nécessairement une amélioration de la qualité des soins ou de la qualité de vie, mais qu'il faut chercher à trouver une solution optimale avec un mélange de personnel ayant des compétences différentes(\*\*).

(\*) Gupta Strategists, Verpleeghuiszorg in Nederland en Vlaanderen: wat kunnen we van elkaar leren? Toegankelijkheid, kwaliteit en kosten Amsterdam, mei 2018

(\*\*) Academische werkplaats Ouderenzorg: Meer is niet per se beter. De relatie tussen personele inzet en kwaliteit van zorg in Verpleeghuizen. Universiteit Maastricht, maart 2016



Tout assuré disposant d'un degré de dépendance reconnu (selon l'échelle « *pflegegrad* ») a droit à des prestations de soins dans une institution résidentielle telle qu'une maison de repos (*Altersheim*) ou maisons de soin (*Pflegeheim*). Ces prestations varient en fonction du niveau de dépendance (déterminée par l'échelle Pflegegrade de 1 à 5). Il est impératif de disposer d'une évaluation réalisée par le service médical des compagnies d'assurance maladie (MDK).

Certaines exceptions sont possibles, depuis 2016, pour des personnes qui sortent de l'hôpital, mais dont « l'environnement social » n'est pas adapté. Il n'y a pas de critère d'âge pour bénéficier d'un service.

### Financements

Le financement des maisons de soins (Pflegeheim) ainsi que les maisons de retraite (Altersheim) est subdivisé en deux parties :

- les frais de soins (ou de garde) à charge de la caisse d'assurance dépendance. Il s'agit d'un forfait basé sur l'échelle de dépendance qui varie de 125,00€ à 2005,00€ (2019) pour le niveau 5.
- la contribution personnelle du résident. Elle est composée de 3 parties :
  - a. l'hébergement et la restauration, il s'agit des frais similaires aux frais d'hôtel. Il s'agit des dépenses relatives à une chambre en pension complète ;
  - b. les coûts d'investissement, une partie importante des coûts mensuels est constituée par les frais d'investissement de la maison de repos, que chaque maison de repos prélève et répartit proportionnellement sur les résidents. Mais si une maison de soins est subventionnée, les résidents ne doivent pas payer les frais ;
  - c. l'allocation de formation du personnel, il s'agit de la répartition des coûts pour les personnes qui se forment ou se perfectionnent en soins gériatriques dans l'établissement de soins.

Si le résident est incapable de couvrir les dépenses, le bureau d'aide sociale peut vous aider à couvrir une partie des dépenses si le niveau 2 de l'échelle est atteint.

Depuis janvier 2022, il existe des subsides plus élevés pour la part personnelle des frais à payer, en fonction de la durée de séjour dans la maison de repos. Plus la durée de séjour dans la maison de repos est longue, plus le « supplément de prestations » octroyé est élevé. Les résidents d'une maison de repos qui y vivent depuis plus de trois ans recevront un supplément de 70% afin de compenser les coûts financiers importants et d'éviter un appauvrissement (à noter que La durée moyenne de séjour en Allemagne est inférieure à 36 mois).

### Instruments pour déterminer le besoin en soins de santé et mesurer la qualité

Le service médical des compagnies d'assurance maladie (MDK) évalue la dépendance à l'aide de six modules. Certains critères ont été définis pour chacun des modules :

- **Mobilité.** Exemples de critères : à quel point la personne est-elle indépendante, peut-elle changer de position seule dans son lit, s'asseoir en toute sécurité, se déplacer dans l'appartement ou monter les escaliers ?
- **Compétences cognitives et communicatives.** Exemples de critères : comment la personne peut-elle s'orienter dans la vie quotidienne et y participer, s'y retrouver spatialement et temporellement, peut-elle mener des conversations ?
- **Comportements et problèmes psychologiques.** Exemples de critères : la personne est-elle agitée, anxieuse ou déprimée la nuit ou se défend-elle contre les mesures d'allaitement ?
- **Autonomie.** Exemples de critères : la personne peut-elle se laver, s'habiller, manger et boire toute seule, utiliser les toilettes ?
- **Exigences liées à la maladie ou à la thérapie.** Exemples de critères : la personne peut-elle effectuer de manière indépendante des mesures prescrites médicalement, prendre des médicaments, mesurer et évaluer le taux de sucre dans le sang et assister à des visites chez le médecin
- **Vie quotidienne et les contacts sociaux.** Exemples de critères : la personne est-elle capable de façonner sa propre routine quotidienne, de s'occuper ou d'entrer en contact avec d'autres personnes ?

Pour chaque critère, l'examineur attribue des points et documente ainsi l'indépendance d'une personne.



## Financements (suite)

Il existe également une petite subvention pour couvrir les frais du résident selon la région : l'allocation de soins (Pflegewohngeld). Le montant varie selon le Land et dépend du revenu et du patrimoine de la personne nécessitant des soins.

Il faut distinguer l'assurance dépendance relevant de la Sécurité sociale (soziale Pflegeversicherung) de l'assurance dépendance privée (private Pflegeversicherung), qui s'adresse aux patients relevant de l'assurance maladie privée. Cette dernière ne concernant qu'une faible part de la population.

## Personnel

Le ratio de personnel pour les soins aux personnes âgées indique le rapport entre le nombre de résidents et le nombre d'employés. Le ratio de personnel est réglementé au niveau des Länder. Le taux d'occupation de l'établissement et la répartition des degrés de soins déterminent la situation réelle en matière de personnel. Cela signifie, par exemple, que pour 8 résidents avec le niveau de soins 1, une maison de repos peut engager 1,0 infirmier. Dans le parcours de soins 5, il y a donc 1,0 soignant pour 2 résidents. Les règles à ce sujet varient : en Bavière, le ratio de personnel pour le niveau de soins 5 en hospitalisation complète est de 1:1, alors que dans le Mecklembourg-Poméranie occidental, il est de 1:2.

## Qualité

Le service d'inspection (PKV) dispose des pouvoirs pour vérifier sur place si les établissements de soins agréés satisfont aux exigences de qualité du Code de la sécurité sociale. Il ne se contente pas d'évaluer la qualité des résultats. Il a également pour mission de conseiller les établissements sur les problèmes de qualité et de faire des recommandations sur la manière de prévenir les défauts de qualité.

Les résultats du contrôle de qualité de l'établissement de soins respectif peuvent être consultés. Ils sont publiés, conformément à la loi, et ils doivent être affichés dans la maison de repos.

Le contrôle qualité comprend un total de dix indicateurs :

- mobilité préservée ;
- autonomie préservée dans les activités quotidiennes ;
- autonomie préservée dans l'organisation de la vie quotidienne ;
- apparition d'escarres ;
- conséquences graves des chutes ;
- perte de poids involontaire ;
- réalisation d'un entretien d'intégration ;
- utilisation de moyens de contention ;
- utilisation de barrières latérales de lit ;
- évaluation de la douleur.

L'évolution du système de qualité est récente et repose sur davantage de données et permet ainsi de pratiquer un contrôle sur l'ensemble des résidents et plus uniquement sur un échantillon. Si le rapport qualité fait apparaître des lacunes, des sanctions peuvent être imposées aux établissements.

Au niveau de l'encadrement, il est important de préciser que le quota de personnel soignant qualifié doit être de 50% dans les soins résidentiels aux personnes âgées. Pour simplifier, cette exigence signifie qu'au moins la moitié du personnel d'une maison de soins doit être composée de personnel qualifié. Dans le domaine des soins, les professionnels sont des infirmiers/infirmières pour personnes âgées ou des infirmiers/infirmières de santé publique. Les aides-soignantes pour personnes âgées, les aides-soignantes et les auxiliaires comparables ne sont pas des professionnels qualifiés au sens du règlement.



Les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sont des maisons de retraite médicalisées. Ces structures s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Que ce soit pour des raisons physiques ou mentales, partiellement ou totalement dépendants de l'aide d'un tiers dans les actes de vie quotidienne, le groupe iso-ressources (GIR) de ces résidents est généralement de 1 ou de 2, parfois 3. La perte d'autonomie est donc réelle et élevée. Les faibles pertes d'autonomie sont découragées par un mécanisme de non intervention dans les aides financières (APA).

### Financements

Il est important de préciser d'emblée la complexité relative du modèle qui repose sur 3 financements distincts. Chaque EHPAD perçoit un tarif hébergement, un tarif dépendance et un tarif soins. Chaque tarif représente des recettes distinctes pour la structure.

Le tarif **hébergement** recouvre l'intégralité des prestations suivantes : accueil hôtelier, restauration, blanchissage, animation, administration générale. Ce tarif n'est pas lié à l'état de dépendance de la personne âgée. Il est identique pour tous les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort et qui ont fait leur entrée à la même période. Pour financer l'hébergement, il existe deux aides l'APL (Aide Personnalisée au Logement) et l'ASH (Aide Sociale à l'Hébergement). Le tarif médian 2019 était d'approximativement 2.000€ par mois.

Le tarif **dépendance** recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD évalue le groupe iso-ressources (GIR) de la personne âgée à partir d'une grille nationale d'autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources (AGGIR). Le tarif dépendance est facturé en fonction de ce niveau de GIR. Ainsi, plus la personne âgée est dépendante, plus le coût est élevé. Ce tarif peut être compensé par le pouvoir public par une allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le tarif médian de dépendance journalier GIR était en 2019 de : 20,51€ pour GIR 1-2, 13,02€ pour GIR 3-4, 5,53€ pour GIR 5-6.

Le **tarif soins** est à la charge de l'Assurance maladie. Il recouvre notamment le matériel médical, les charges du personnel soignant. Ce tarif n'est donc pas facturé à la personne âgée. Le tarif soins est déterminé par l'échelle « Pathos » (voir ci-dessous). Un algorithme mesure pour l'ensemble des couples état pathologique-profil présentés par un patient, les niveaux de soins nécessaires pour assurer les besoins réels. Le financement est calculé sur base du niveau de soins global de l'institution multiplié par la capacité d'hébergement multiplié par le montant.

### Instruments pour déterminer le besoin en soins de santé et mesurer la qualité

En France, deux échelles sont utilisées :

- une première pour l'autonomie (AGGIR) ;
- une autre pour la pathologie (Pathos).

La **grille AGGIR** est composée de 17 rubriques, appelées variables, parmi celles-ci :

- 10 variables, relatives à la perte d'autonomie physique et psychique, sont dites discriminantes car seules ces 10 variables sont utilisées pour le calcul du GIR ;
- 7 autres variables, sont dites illustratives car elles n'entrent pas dans le calcul du GIR. Elles apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide dans le cadre de l'APA à domicile.

Les personnes en GIR 1, 2, 3, 4 sont éligibles à l'APA à domicile ou à l'APA en établissement (soit les profils les plus lourds). Les personnes en GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA. Elles peuvent solliciter une aide-ménagère ou une aide de leur caisse de retraite.

Le **modèle « PATHOS »** permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées en établissement. Il consiste à identifier l'état pathologique de la personne sur un thésaurus de 50 états pathologiques. Chaque état pathologique étant qualifié par un profil de soins, ou profil de stratégie thérapeutique, sélectionné parmi les 12 profils de soins possibles indiquant la « gravité » de la pathologie.

A un état pathologique donné ne correspondant qu'un nombre limité de profils plausibles, 240 « couples état pathologique – profil » décrivent l'ensemble des situations cliniques pouvant être rencontrées en gériatrie. Les couples état pathologique-profil présentés par un patient justifient les niveaux de soins nécessaires pour assurer les besoins réels dans huit postes de ressources : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie. C'est principalement le médecin coordinateur de l'EHPAD qui utilise « PATHOS ».



## Financements (suite)

Les dépenses partagées dans les prix de journée

Affectation (recettes/dépenses)	Hébergement	Dépendance	Soins
Fournitures hôtelières	70%	30%	
Entretien (matériel, personnel)	70%	30%	
Blanchisserie	70%	30%	
Amortissements	70%	30%	
Agents de service pour blanchissage, nettoyage, portage des repas	70%	30%	
Aides soignants et AMP		30%	70%

Source : Union confédérale CFDT des retraités

## Personnel

L'Observatoire des EHPAD du cabinet KPMG 2018 a étudié la répartition moyenne des charges des EHPAD : 65 % sont des charges de personnel, 25 % sont des charges immobilières, 10 % concernent la blanchisserie, les prestations médicales, les produits d'incontinence, assurances, autre.

Selon une enquête EHPA de 2015, la composition type donnerait le taux d'encadrement moyen (TEM) (soit l'ensemble des ETP d'une maison de repos) suivant :

- moins de 60 lits TEM 0,59,
- entre 60 et 69 lits TEM 0,57,
- entre 70 et 89 lits TEM 0,54,
- plus de 90 lits TEM 0,59.

Si on cible plus particulièrement les aides soignantes et les infirmières ce taux descend à +/- 0,3 (soit 1 personne soignante pour 3 lits).

## Qualité

Il existe en France une démarche qualité qui vise à améliorer le fonctionnement et le savoir-faire d'un établissement EHPAD. Les évaluations conditionnent le renouvellement des autorisations de fonctionnement des établissements par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). A partir de 2022 la Haute Autorité de Santé (HAS) a absorbé les missions de l'ANESM. Ainsi, la HAS a engagé les travaux de co-construction du nouveau dispositif d'évaluation en septembre 2019. Le référentiel, les méthodes d'évaluation et le format du rapport d'évaluation seront publiés courant 2022.

La **démarche qualité en EHPAD** a pour objectif d'optimiser le fonctionnement et le savoir-faire de l'établissement. Elle oriente son organisation et vise à améliorer les prestations rendues en fonction des attentes des résidents et des familles. Elle permet aussi au personnel de travailler dans de meilleures conditions en :

- favorisant la notion de satisfaction du résident : il s'agit d'une démarche, active et collective, afin de conforter les points forts et réduire les points faibles de l'établissement ;
- encourageant l'épanouissement du personnel : la démarche qualité ambitionne de faire progresser les conditions de vie au travail de l'ensemble du personnel de l'établissement ;
- intégrant un processus d'amélioration continue : elle est conduite par le biais d'enquêtes de satisfaction, d'évaluations internes et externes, de plans d'actions, de comités de suivi ;
- intégrant une évaluation interne et externe conformément à l'obligation légale (loi du 2 janvier 2002) : ces évaluations conditionnent le renouvellement des autorisations de fonctionnement des établissements ;
- choisissant la certification (iso) : la certification selon la norme ISO 9001 est délivrée par l'Agence Française d'Amélioration de la Qualité (AFAQ).

## Conclusion

Pour la Flandre			
Pour les Pays-Bas			
Pour l'Allemagne			
Pour la France			

Sur base du benchmark, nous observons directement une différence notable entre le mécanisme flamand et les autres pays intégrés dans ce benchmark.

Il est important d'insister sur le fait que la Flandre est en pleine mutation car elle souhaite renforcer le soutien à domicile (afin de réduire l'usage des maisons de repos pour les profils « légers ») et renforcer la qualité de l'échelle (par l'usage du BelRAI) utilisée pour déterminer le profil et son financement.

De ce fait, nous retenons qu'il est important de travailler à l'utilisation d'une échelle qui est plus en adéquation avec les besoins de la personne âgée et qu'il est tout à fait « autorisé » de recourir à un mécanisme financier qui repose sur le profil du résident et suivant les revenus des résidents.

### Constats importants :

- Quelque soit l'échelle de mesure choisie pour déterminer le financement, il faut se pencher sur l'adéquation des ressources mises à disposition et les besoins du résident.
- L'augmentation de l'encadrement n'est pas une fin en soi car quantité ne veut pas dire qualité.

## CHAPITRE IV : RECOMMANDATIONS

### TABLES DES MATIERES

1.	Introduction .....	44
1.1.	Objectif du chapitre .....	44
1.2.	Méthodologie mobilisée .....	44
1.3.	Contextualisation.....	45
1.3.1.	L'image des maisons en mutation.....	45
1.3.2.	Changement du métier, adéquation avec les besoins des personnes âgées.....	46
1.3.3.	Une demande principale, l'écoute.....	46
1.3.4.	Des moyens financiers limités .....	46
1.3.5.	Quantité rime-t-elle avec qualité ? .....	47
2.	Recommandations envisagées.....	49
2.1.	Introduction .....	49
2.1.1.	Les dimensions identifiées .....	49
2.1.2.	La clé de lecture des recommandations .....	49
2.2.	Recommandations .....	50
2.2.1.	Dimension 1 : collaboration externe.....	50
2.2.2.	Dimension 2 : collaboration interne .....	54
2.2.3.	Dimension 3 : charge administrative .....	58
2.2.4.	Dimensions 4-5-6 : personnel des maisons de repos .....	60
2.2.4.1.	Personnel (à court terme).....	61
2.2.4.2.	Personnel (à moyen terme) .....	63
2.2.4.3.	Personnel (à long terme) .....	66
2.2.5.	Dimension 7 : attractivité .....	67
2.2.5.1.	Attractivité des maisons de repos.....	67
2.2.5.2.	Attractivité du secteur au bénéfice des professionnels.....	70
2.2.6.	Dimension 8 : compétences .....	74
2.2.7.	Dimension 9 : échelle .....	76
2.3.	Conclusion intermédiaire.....	78
3.	Capacité financière d'Iriscare .....	85
3.1.	Identification des sous-consommations par projection .....	85
3.2.	Identification des alternatives financières .....	85
3.2.1.	Un mécanisme de rétrocession/péréquation socio-économique.....	85
3.2.2.	Un financement basé sur le revenu de la personne .....	86

3.2.3.	Un financement collectif et solidaire.....	87
3.2.4.	Ouverture de l’hypothèque légale au secteur des maisons de repos .....	87
3.2.5.	Requalification de lits hospitaliers.....	88
3.2.6.	Redistribution interne .....	88
3.2.7.	Un lit « multi-agrément » .....	89

## 1. Introduction

### 1.1. Objectif du chapitre

Le présent chapitre vise à présenter les recommandations issues de l'étude relative à la révision des normes de financement des maisons de repos (MR) et des maisons de repos et de soins (MRS) de la Région bruxelloise. Ces recommandations constituent des pistes de solution qui pourront être approfondies en fonction des besoins d'Iriscare.

Ce chapitre est accompagné d'un fichier Excel qui reprend, de manière synthétique, l'ensemble de ces recommandations.

### 1.2. Méthodologie mobilisée

Ces recommandations sont issues d'un travail élaboré en collaboration avec Iriscare et les acteurs du secteur. Pour mener à bien ce travail, trois activités clés ont été menées :

- l'analyse des besoins des personnes âgées et des facteurs de qualité. Un premier livrable a été exclusivement dédié à la **notion de qualité** en s'intéressant :
  - o à la traduction de cette notion par les personnes âgées (quels sont les domaines récurrents cités par les personnes âgées comme fortement liés à leur qualité de vie) ;
  - o aux facteurs qui influencent la qualité.
- la construction d'une **matrice des compétences**. Une fois les besoins des personnes âgées identifiés et les facteurs de qualité déterminés, nous avons investigué leur adéquation avec les profils de professionnels. Une petite trentaine de fonction ont été reprises dans une matrice indiquant, pour chacune de ces fonctions, le besoin auquel elle répond et le facteur de qualité qu'elle influence.
- l'organisation de huit **ateliers** avec le secteur. L'objectif de ces ateliers était de mener une discussion ouverte, une réflexion avec les acteurs sectoriels sur des thématiques spécifiques liées aux normes d'encadrement et aux besoins de la personne âgée. Chaque atelier était dédié à une thématique et a permis de rassembler entre 5 et 15 acteurs sectoriels.

Thématique	Les besoins médicaux des personnes âgées	Date	14/03/2022
	L'accompagnement globale des personnes âgées		17/03/2022
	Les besoins des maisons de repos (direction)		22/03/2022
	Les besoins des personnes âgées		24/03/2022
	Les besoins paramédicaux des maisons de repos		24/03/2022
	La qualité au sein des maisons de repos		25/03/2022
	L'adéquation des besoins avec les profils des professionnels		29/03/2022
	Restitution et synthèse des ateliers		21/03/2022

Ces ateliers se sont clôturés par un atelier de restitution qui visait principalement à mettre en débat les propositions de recommandations.

### 1.3. Contextualisation

Avant de présenter les différentes recommandations, il est important de poser le contexte au sein duquel l'étude s'inscrit. Ce contexte s'articule autour des cinq icônes suivantes :



#### 1.3.1. L'image des maisons en mutation

L'image des maisons de repos évoluait déjà avant la crise du covid mais l'accélération observée depuis la crise démontre que le modèle actuel est à bout de souffle. Ce constat est partagé sans tabou par le secteur qui souligne que la situation actuelle ne peut perdurer si nous souhaitons offrir à nos personnes âgées un accueil dans des conditions optimales. De ce fait, les travailleurs médicaux, paramédicaux, sociaux sont conscients qu'un bouleversement se prépare et qu'il est important de ne pas rater le train du changement. Ce bouleversement devra se traduire par une prise en charge davantage personnalisée et où le résident tient une place de choix dans les préoccupations de l'ensemble des travailleurs (administratif, médical et technique).

💡 Le Danemark constitue une source d'inspiration à la construction d'un nouveau modèle. Depuis 1987, le Danemark ne construit plus de maisons de repos. Ils ont fait le choix de privilégier les investissements dans des habitats spécifiques adaptés à la personne âgée. En 1986, le Danemark comptait 16% de sa population de plus de 75 ans en maison de repos contre 6% actuellement. Précisons également que 95% des structures sont publiques.

Les alternatives danoises, les « *ældreboliger* », sont constituées d'un ensemble d'appartements sans seuil, avec des ascenseurs, des boutons d'appel d'urgence en cas de problème/ de chute, de larges portes permettant le passage des fauteuils roulants, des douches et baignoires munies de poignées, etc. Ainsi, elles intègrent tout un dispositif qui facilite le quotidien des personnes à mobilité réduite.

A titre d'exemple, 4.400 alternatives existent dans la seule ville de Copenhague. Les résidents peuvent, s'ils le souhaitent, avoir accès à de nombreux services : soins médicaux, aides ménagères, aide pour se lever le matin, se laver, s'habiller. Les personnes âgées peuvent préparer elles-mêmes leurs repas ou se les faire livrer, elles peuvent dîner seules ou en compagnie. Une équipe de professionnels est disponible pour leur venir en aide, mais elles peuvent également, si elles préfèrent, être aidées par un membre de leur famille. L'objectif majeur de ce type de structure est de favoriser l'autonomie de la personne en lui laissant son libre arbitre tout en lui garantissant l'accès aux services pertinents si nécessaire.

À côté de ce type de structure « résidences-services » existent des « zones de services résidentiels ». Au Danemark, ces zones (ou « quartiers ») sont basées sur des districts de services de soins et de logement regroupant entre 5.000 et 10.000 habitants. Elles sont dotées de leur propre équipe de soins, de leur propre budget et d'un centre de services de

première ligne qui offre un hébergement groupé autour d'un ensemble local de soins et de bien-être. La gestion de ces zones relève des communes. Ces multiples formes de logements intermédiaires, basées sur l'idée d'associer un domicile à des services adaptés, répondent essentiellement aux besoins des personnes âgées ayant un niveau de perte d'autonomie moyen, voire important.

Au Danemark, c'est la commune qui est en charge de mettre à disposition des logements adaptés à la personne âgée. La commune vous assigne à des « *ældreboliger* » en fonction de vos besoins en matière de logement. Cela signifie que la commune doit attribuer le logement au citoyen qui a le plus besoin du logement, peu importe l'emplacement du citoyen sur la liste d'attente. Le résident, lui, doit payer la location de l'appartement mais en cas de difficulté une aide sociale existe.

Ce modèle inspirant qu'est le Danemark trouve également un écho particulier dans les projets Tubbe (projet d'origine scandinave) qui visent une approche plus humaine et davantage centrée sur le résident.

### **1.3.2. *Changement du métier, adéquation avec les besoins des personnes âgées***

Les travailleurs mesurent déjà l'effet de certains changements sur l'organisation de leur travail quotidien. L'évolution des profils des résidents est très souvent pointée par les professionnels comme un enjeu à ne pas sous-estimer. Cette évolution se traduit par des entrées de plus en plus tardives, par des patients avec un profil de soins de plus en plus avancé, par des polyopathologies de plus en plus complexes dans la prise en charge, par des problèmes sociaux complexes, par des troubles psychologiques de plus en plus importants. Pour pouvoir s'adapter à la personne âgée et à ses besoins spécifiques, les professionnels du secteur doivent développer des compétences de plus en plus pointues.

### **1.3.3. *Une demande principale, l'écoute***

Que ce soit par les études analysées ou par le feed-back des acteurs (du gestionnaire au médecin coordonnateur en passant par l'ergothérapeute), ils s'accordent tous pour affirmer que le souhait premier de la personne âgée c'est d'être écoutée et d'être occupée. En revanche, les professionnels manquent de temps pour répondre à ce besoin.

Ce constat semble effroyable car plus aucun acteur n'a du temps pour s'asseoir et les écouter, les reconforter, les accompagner. L'accompagnement de la personne âgée est la principale motivation des travailleurs et cette motivation est remise en question car ils n'ont plus assez de temps pour se consacrer à la personne.

### **1.3.4. *Des moyens financiers limités***

Malgré les énormes besoins financiers identifiés et réclamés par le secteur, le secteur se montre lucide par rapport à la capacité d'Iriscare à trouver des moyens supplémentaires et faire bousculer les règles actuelles. Ce fatalisme n'empêche pas les acteurs de terrain d'imaginer des jours meilleurs pour nos aînés.

### 1.3.5. Quantité rime-t-elle avec qualité ?

A côté de cette réalité chiffrée par le manque de ressources et le manque de moyens financiers, il reste important d'analyser certains points sereinement et d'attirer l'attention sur le fait que « quantité » ne rime pas toujours avec « qualité ».

L'étude « *Thinking beyond numbers : nursing staff and quality of care in nursing homes* » de Ramona Backhaus<sup>1</sup> apporte un éclairage intéressant et critique sur certains préjugés qui nous amène parfois à conclure trop vite qu'une augmentation du personnel conduira inexorablement à une meilleure prise en charge de la personne âgée.

Dans le cadre de son doctorat, l'auteur met en exergue les effets d'une augmentation du personnel infirmier sur la qualité de la prise en charge. Même si elle concède qu'il est difficile de conclure de manière irréfutable, elle met en lumière certains éléments :

- *Aucune preuve entre l'augmentation d'infirmière et la qualité de la prise en charge.* Aucune preuve cohérente n'a été mise en lumière pour prouver qu'une augmentation du personnel infirmier encadrant contribuait directement à une qualité de vie meilleure pour la personne âgée. En revanche, elle précise que certaines indications positives sont suggérées ;
- *L'importance de l'environnement de travail.* Les résultats permettent d'observer que le fait de se concentrer sur la quantité de soins infirmiers pourrait ne pas améliorer la qualité de vie dans les maisons de repos. Par contre, la « qualité de l'équipe » doit être prise en considération car les résultats suggèrent que le climat d'équipe peut être un facteur important à prendre en compte lorsque l'on essaie d'améliorer la qualité des soins ;
- *La multidisciplinarité.* Elle insiste également sur l'importance d'accorder plus d'attention à ces compétences transversales qui pourraient conduire à des améliorations dans les soins en maison de repos. Par exemple, permettre aux infirmier(e)s d'assurer la liaison entre les résidents des maisons de soins infirmiers, les membres de la famille et le personnel multidisciplinaire des maisons de repos pourrait conduire à une meilleure collaboration et à des soins plus centrés sur la personne
- *L'agilité.* En outre, l'auteur juge souhaitable que le Gouvernement encourage les initiatives locales dans lesquelles les organisations de maisons de repos expérimentent une nouvelle combinaison de membres du personnel ou des rôles de personnel plus différenciés.

La question de l'augmentation et du nombre de personnel nécessaire reste épineuse lorsque nous nous intéressons aux difficultés de recrutement exprimées par le secteur.

Afin d'objectiver cette difficulté précisons que sur la liste des métiers critiques (métiers pour lesquels il n'y a pas suffisamment de candidats) publiée en octobre 2021<sup>2</sup>, nous retrouvons : les cuisiniers, les infirmiers, les sciences sociales, l'ergothérapie, la logopédie et la kinésithérapie. Ces métiers sont pourtant indispensables au bon fonctionnement d'une maison de repos.

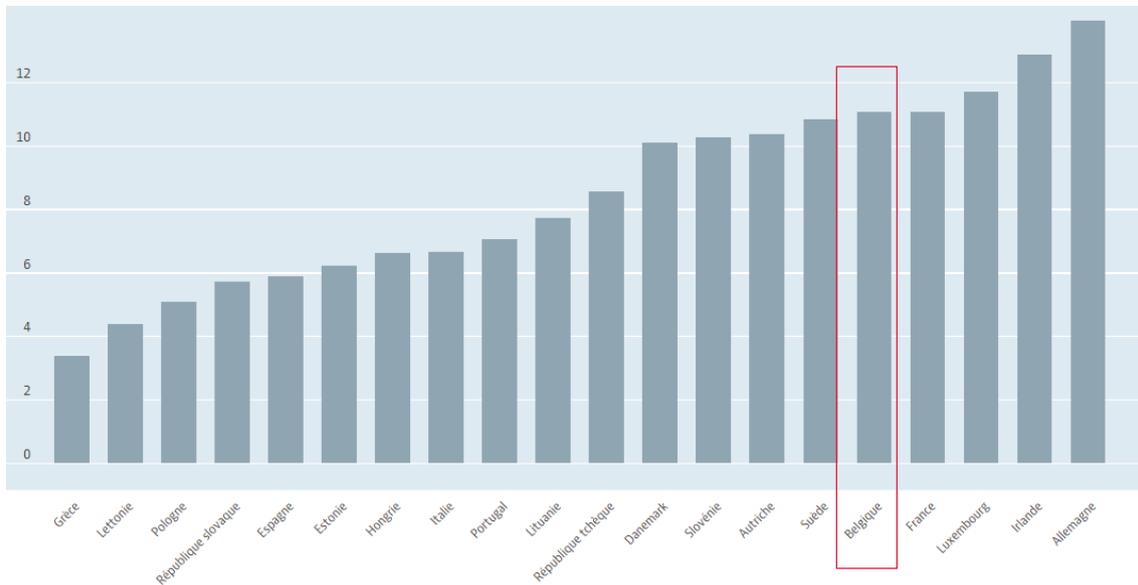
---

<sup>1</sup> Ramona Backhaus. (2017). « Thinking beyond numbers : nursing staff and quality of care in nursing homes », *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 15(5).

<sup>2</sup> Actiris.brussels. Liste francophone des études qui préparent à une profession pour laquelle il existe une pénurie significative de main d'œuvre. <https://bx1.be/wp-content/uploads/2021/07/liste-francophone-des-etudes-qui-preparent-a-un-metier-en-penurie-h-82A2D4621.pdf>

Il est également important de rappeler que la Belgique, en comparaison aux autres pays européens, se situe dans le peloton de tête en termes de nombre d’infirmiers par 1.000 habitants.

Figure 1 : Nombre d’infirmiers total, pour 1 000 habitants (2019)



Source : OCDE<sup>3</sup>.

Ce graphique de l’OCDE représente le personnel infirmier, celui-ci est défini comme « l’ensemble des infirmiers « en exercice » qui fournissent directement des services de santé, y compris les infirmiers libéraux »<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> OCDE. Données. Infirmiers. <https://data.oecd.org/fr/healthres/infirmiers.htm>

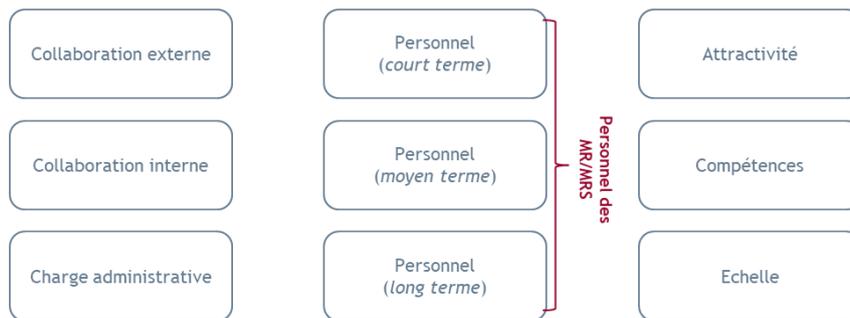
<sup>4</sup> *Ibidem*.

## 2. Recommandations envisagées

### 2.1. Introduction

#### 2.1.1. Les dimensions identifiées

Les huit ateliers organisés avec les acteurs sectorielles nous ont amené à structurer les recommandations selon les neuf dimensions reprises dans le schéma ci-dessous :



1. Collaboration externe : porte sur les collaborations de la maison de repos avec son environnement externe ;
2. Collaboration interne : porte sur les collaborations au sein même de la maison de repos, entre les équipes et les professionnels ;
3. Charge administrative : porte sur l'obligation de l'établissement de fournir une série d'informations administratives sur son activité et la charge de travail liée ;
4. Personnel : porte sur personnel interne aux maisons de repos. Une distinction a été opérée entre court terme, moyen terme et long terme, visant à proposer des solutions différentes en fonction du délai d'exécution retenu ;
5. Attractivité : porte sur la capacité des maisons de repos à exercer une attraction sur les personnes âgées d'une part et sur les professionnels d'autre part ;
6. Compétences : porte sur les connaissances approfondies des professionnels du secteur et les besoins de formation ;
7. Echelles : porte sur les échelles d'évaluation visant à analyser l'état de santé et l'état des besoins de la personne âgée.

#### 2.1.2. La clé de lecture des recommandations

L'ensemble des recommandations sont présentées dans la section suivante. Celles-ci sont structurées selon les neuf dimensions explicitées précédemment.

Chaque recommandation est structurée de la même manière : présentation du constat, recommandation envisagée. Elle est également accompagnée de deux tableaux :

- un premier est dédié à la mise en œuvre opérationnelle de la recommandation. Il vise à identifier : l'intérêt du secteur pour la recommandation, une estimation du coût de sa mise en œuvre selon les barèmes actuels avec une ancienneté de 6 ans (nous précisons également le surcoût IFIC selon les estimations réalisées par l'étude salariale IFIC du 18/5/2021), l'acteur responsable ainsi que le délai d'exécution estimé (court 1 à 2 ans, moyen 3 à 5 ans ou long terme plus de 5 ans).
- un second est dédié aux facteurs de qualité. Il reprend les quatre facteurs principaux : encadrement soins, infrastructures et contacts sociaux. Pour chaque recommandation

envisagée, nous indiquons le facteur de qualité qui peut être positivement impacté par sa mise en œuvre.

Nous identifions également les recommandations qui ont été soulignées par le secteur comme étant prioritaires. Ces dernières sont identifiées à l'aide de l'icône suivante : ★

Notons également que les recommandations sont, pour certaines, interreliées. Les liens entre les recommandations ont été identifiés à l'aide de l'icône suivante : ↗

## 2.2. Recommandations

### 2.2.1. Dimension 1 : collaboration externe

- **Recommandation 1** : Renforcer la coordination au sein du secteur, éviter les fonctionnements en silo.
- **Recommandation 2** : Penser un outil informatique adapté et harmonisé, permettant une communication transversale entre les professionnels de la santé (médecins traitants, maisons de repos et hôpitaux).
- **Recommandation 3** : Anticiper l'arrivée en maisons de repos.

**Recommandation 1** : Renforcer la coordination au sein du secteur, éviter les fonctionnements en silo.

Ce besoin de coordination au sein du secteur se fait ressentir à deux niveaux :

- celui des soins de santé, et plus spécialement entre les maisons de repos, les hôpitaux et les médecins traitants. Le cloisonnement de ses acteurs est régulièrement épinglé à l'heure où les besoins de prise en charge de longue durée augmentent. La multidisciplinarité, la communication, le partage d'informations doivent également être encouragés. Malgré l'existence d'un lien « administratif<sup>5</sup> » entre la maison de repos et l'hôpital, la réalité démontre régulièrement une absence de collaboration entre les structures.
- celui des quartiers. L'ancrage social de ces lieux de vie demeure un enjeu, la maison de repos n'a pas vocation à rester cloisonnée sur elle-même mais davantage à être ouverte vers l'extérieur. Pour ce faire, il est indispensable d'ancrer les maisons de repos dans les quartiers. Concrètement, cela peut se mettre en œuvre à travers les activités concrètes suivantes :
  - augmenter les sorties des résidents (participation à des événements extérieurs) ;
  - augmenter les activités du quartier dans les maisons de repos (participation de la vie culturelle locale dans la maison de repos) ;
  - investiguer la possibilité de mettre en place un réseau de professionnels qui dispense des soins au sein d'un quartier spécifique (mutualisation des expertises entre les maisons de repos d'un même quartier).

---

<sup>5</sup> Dans le cadre du respect de la réglementation applicable aux maisons de repos

Mise en œuvre opérationnelle ( <i>soins de santé</i> )	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il souligne néanmoins que le personnel manque de temps pour travailler en réseau.
Coût estimé	<p><b>Coût estimé : 23 millions par an</b> pour coordonner et évaluer les besoins de la personne âgée.</p> <p>Pour estimer ce coût, nous nous basons sur la réalité de la Communauté Germanophone. En communauté germanophone le service pour une « vie auto déterminée » dispose d'un service orientation avec 25 ETP. Les tâches principales sont l'information, le conseil et l'orientation des personnes ayant besoin d'assistance et la planification de l'assistance et la coordination des services pour les personnes ainsi que la collaboration entre les prestataires. Ce service est en charge de l'ensemble des orientations (domicile et résidentiel) Si nous considérons les 25 ETP opérationnels du service orientation en Communauté Germanophone, qui couvre approximativement 800 lits, nous obtenons un ratio approximatif de 32 lits par ETP. Ce service est en charge de l'évaluation et de la coordination des soins à domicile et en maison de repos. Si nous appliquons une règle de trois sur base des 11.500 lits à Bruxelles cela donne 360 ETP. Si nous considérons une dépense de 63.000€/par ETP le budget global serait de <b>22.680.000€</b>. Ce Budget semble important pour Iriscare. Si on réduit la démarche à une proposition de 1 ETP en charge de l'évaluation et de la coordination au sein des maisons de repos par 100 lits nous obtenons <b>7.245.000€</b> par an pour l'évaluation et la coordination des maisons de repos.</p>
Acteur responsable	Iriscare peut jouer un rôle de coordination des soins en maison de repos, une collaboration avec la Cocof est impérative (les services de coordinations sont actuellement financés par la Cocof). A défaut d'Iriscare, cette mission pourrait être confiée et renforcée aux services de coordination existants.
Délai d'exécution	MT

Mise en œuvre opérationnelle ( <i>ouverture sur le quartier</i> )	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il souligne qu'au-delà du côté médical, l'ancrage de la maison de repos dans la vie quotidienne des quartiers est indispensable. Il note tout de même que cette ouverture sur les quartiers nécessite du personnel d'encadrement supplémentaire.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer activement au Plan Social Santé Intégré (PSSI) et à sa mise en place afin de s'assurer de l'intégration des maisons de repos au cœur du projet. <b>Coût estimé : 0€</b></li> <li>- Modifier les normes d'agrément en exigeant des précisions et des modalités d'échanges entre les maisons de repos et les acteurs de proximité (service d'aide à domicile - soins à domicile)</li> </ul>

<sup>6</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcoteur IFIC de +/-6%.

	<p>ainsi que des accords de collaboration avec les hôpitaux à proximité.</p> <p><b>Coût estimé : 0€</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encourager la mise en place d'un réseau de professionnels au sein des quartiers. Il s'agit d'acquérir, d'aménager et d'équiper un « car médicalisé » afin de permettre des consultations mobiles au sein des maisons de repos (mise en place d'une équipe mobile).</li> </ul> <p><b>Coût estimé : Inconnu.</b> Une première estimation de 500.000€ peut être déjà réalisée afin de couvrir l'investissement, l'aménagement et le coût du personnel (chauffeur, assistant-infirmier, médecin)</p>
Acteur responsable	Iriscare, en collaboration avec les acteurs sociaux
Délai d'exécution	CT (projet pilote des consultations mobiles) MT (territoire et normes)

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		X

**Recommandation 2 :** Penser un outil informatique adapté et harmonisé, permettant une communication transversale entre les professionnels de la santé (médecins traitants, maisons de repos et hôpitaux).

Les logiciels informatiques des maisons de repos, où sont stockés toutes les informations relatives aux résidents (données médicales et désirs), ne sont pas compatibles avec les dossiers des médecins généralistes qui viennent suivre leurs patients dans les établissements :

- le médecin généraliste dispose, pour son patient, d'un dossier informatisé au travers d'un logiciel labellisé par l'INAMI ;
- les maisons de repos disposent de logiciels privés, qui ne sont pas soumis à des contraintes spécifiques, mais qui ne permettent pas de faire un lien avec le dossier médical informatisé du patient.

La mise en place d'un outil partagé pour assurer une plus grande efficacité du suivi médical au niveau de la communication est à investiguer. Ceci requiert, *a minima*, un alignement de deux niveaux de gouvernance : le niveau régional (logiciel privé des maisons de repos) et le niveau fédéral (logiciel labellisé INAMI).

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il propose de penser cet outil dans un continuum avec les hôpitaux également.
Coût	<b>Coût estimé : 0€.</b> En revanche, il existe un risque de répercussion du coût de développement des opérateurs privés sur les maisons de repos.
Acteur responsable	Iriscare, FAMGB, Réseau Santé Bruxellois
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

**Recommandation 3** : Anticiper l'arrivée en maisons de repos.

L'entrée en maison de repos représente « un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme »<sup>7</sup>. Les professionnels chargés d'accompagner ce passage ont tendance à observer que les personnes âgées sont peu préparées. L'entrée en maison de repos fait souvent suite à un évènement déclenchant, qui nécessite une entrée en institution rapide. La capacité d'anticipation, pour la personne âgée et son entourage, nécessite un accompagnement adapté. Nous mettons ici l'accent sur l'importance de :

- *en amont de l'entrée en maison de repos* : anticiper davantage la dégradation et la vulnérabilité de la personne âgée lorsqu'elle reste à domicile. Ceci peut se faire à travers des outils comme le Plan de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA) ;
- *lors de l'entrée en maison de repos* : mener des actions pour faciliter la transition d'un lieu de vie à un autre. Citons, pour exemple : impliquer systématiquement la personne âgée dans le choix de la structure, organiser une visite de la maison de repos afin de préparer la personne et sa famille, organiser une visite préalable au domicile pour constituer le dossier d'admission et présenter le fonctionnement de la structure, etc.
- *une fois l'entrée en maison de repos réalisée* : mener des actions pour faciliter l'intégration. Citons, par exemple : valoriser la place de la famille dans l'institution, favoriser l'adaptation dans la structure en désignant un "parrain ou marraine" parmi les professionnels, etc.

Il s'agit également de :

- renforcer le rôle et les moyens des professionnels chargés d'orienter les personnes âgées ;
- porter une attention particulière à l'adéquation entre le profil de la personne âgée, ses besoins et la structure ;
- améliorer l'accompagnement médical lors de l'arrivée en maison de repos.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il émet tout de même une réserve sur le renforcement de l'évaluation médicale réalisée à l'entrée des maisons de repos. Il faut être attentif à ne pas créer un processus de sélection trop strict en amont.
Coût	- Mettre en place d'un projet pilote « BelRai Screener » à l'entrée des résidents. Proposition de la mise en place d'une équipe projet au sein d'Iriscare qui aurait la charge d'évaluer la personne à son arrivée. <b>Coût estimé : 300.000 a été proposé par l'administration pour 2023</b>

<sup>7</sup> Donnio, Isabelle. (2005). « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol. 28/112, no. 1, pp. 73-92.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposer une consultation médicale pour la réalisation d'un bilan médical complet <b>Coût estimé : 0€</b> (à charge l'INAMI et du résident)</li> <li>- Mettre en place d'un projet pilote <u>Plan de Soins Personnalisé et Anticipé (PSPA)</u> en s'inspirant du modèle wallon <b>Coût estimé : inconnu</b></li> <li>- Coordonner et évaluer les besoins de la personne âgée. <b>Coût estimé : 22.680.000€</b> (global) ou <b>7.245.000€</b> (MR). ( ↗ <i>Lien avec la recommandation 1 « renforcer la coordination au sein du secteur »</i>)</li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT (lancement de projets pilote et consultation) MT (coordination et évaluation)

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		X

### 2.2.2. Dimension 2 : collaboration interne

- **Recommandation 1** : Systématiser et structurer les moments d'échanges entre les professionnels d'une même maison de repos (dans une optique de pluridisciplinarité). ★
- **Recommandation 2** : Clarifier les fonctions au sein des maisons de repos.
- **Recommandation 3** : Revoir et revaloriser le rôle, les missions et le statut du médecin coordinateur.

**Recommandation 1** : Systématiser et structurer les moments d'échanges entre les professionnels d'une même maison de repos (dans une optique de pluridisciplinarité). ★

Comme spécifié dans l'ordonnance, les maisons de repos organisent des réunions pluridisciplinaires. Dans les faits, certaines structures rencontrent des difficultés dans leur mise en œuvre (absentéisme de personnel, discontinuité de l'activité, manque de temps ou de professionnel, etc.). Ces réunions sont pourtant indispensables, elles permettent notamment :

- d'assurer le bien-être des résidents,
- de prévenir la perte d'autonomie ;
- de mettre le résident au centre des réflexions ;
- de favoriser les collaborations interdisciplinaires au sein même de la structure ;
- d'assurer un accompagnement transversal et cohérent à travers une information centralisée.

Il est dès lors préconiser de systématiser et de structurer davantage ces moments d'échanges et ce, à trois niveaux :



- **En préparation de la réunion** : désigner une personne en interne en charge de la préparation et du suivi de ces réunions (un référent), récolter l'avis du résident/de la famille/ du médecin traitant (si nécessaire), spécifier l'ordre du jour de la réunion en amont : quels sont les résidents dont la situation va être discutée ? Ceci également dans l'objectif de disposer du dossier complet des personnes concernées ;

- *Lors de la réunion* : fixer un moment pour réaliser ces réunions qui soit en adéquation avec le planning des soins et des activités afin qu'un maximum de professionnel soit présent, impliquer tous les professionnels de la maison de repos (et non pas uniquement le personnel soignant), définir un déroulé type en reprenant notamment la raison de l'institutionnalisation de la personne ainsi que la raison de la mise à la discussion ;
- *En suivi de la réunion* : assurer le suivi, sur le terrain, de ces réunions pluridisciplinaires, définir (si besoin) des personnes référentes pour la mise en œuvre des actions décidées, définir une échéance, définir l'efficacité et l'efficience des actions menées.

Un point d'attention doit également être porté sur le caractère donné à ces réunions. Aujourd'hui considérées comme des heures de formation, une discussion est organisée pour ne plus les considérer comme tel. En effet, il existe un débat entre le management et les acteurs de terrains dans lequel le premier exprime le fait qu'il s'agit bel et bien de formation alors que le terrain insiste sur le caractère individuel du projet de vie du résident lors des réunions de coordination et non comme une formation du personnel.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	<p>Le secteur est en faveur de cette recommandation mais souligne que celle-ci n'est pas une priorité puisque ces réunions sont déjà mises en œuvre dans la plupart des maisons de repos. Le manque de personnel est la principale cause de leur dysfonctionnement.</p> <p>L'intérêt pluridisciplinaire est souligné par le terrain et par différentes études (<i>cf. quantité rime-t-elle avec qualité ?</i>).</p>
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exiger la tenue des réunions de coordination <b>Coût estimé : 0€</b></li> <li>- Financer un coordinateur multidisciplinaire dans chaque maison de repos. Ce coordinateur devrait disposer d'un diplôme paramédical et, si possible, être éducateur spécialisé. (↗ <i>Lien avec la recommandation « Diversifier les profils de professionnels »</i>).</li> </ul> <p><b>Coût estimé : 8.379.000€.</b></p> <p>Deux propositions sont à investiguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proposition 1 : Mettre en place un coordinateur par structure (1 ETP). Soit 133<sup>8</sup> structures (durant la période de référence 2020-2021) multiplié par 63.000€<sup>9</sup> = <b>8.379.000€.</b></li> <li>○ Proposition 2 : Mettre en place 0,5 ETP coordinateur par 30 lits. Soit 190 ETP pour 11.500 lits = <b>12.075.000€.</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

<sup>8</sup> Soit le nombre de structure estimée durant la période de référence 2020-2021

<sup>9</sup> Soit le barème indexé actuel du personnel réactivation avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFC de +/-6%.

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

**Recommandation 2** : Clarifier les fonctions au sein des maisons de repos.

Nombreuses fonctions co-existent au sein des maisons de repos et les rôles et responsabilités de certains varient en fonction de l'infrastructure. Dans l'optique de gagner en transparence, à la fois vis-à-vis des professionnels, des personnes âgées mais également des étudiants, il est proposé d'informer, de spécifier et de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun.

Au-delà de l'objectif de transparence et de communication, cette clarification vise :

- à favoriser l'activité des infirmier(e)s sur les tâches qui relèvent explicitement de leur fonction. Pour les autres tâches, les aides soignant(e)s peuvent agir et venir renforcer le manque ;
- à harmoniser, sans cadénasser, les pratiques au sein du secteur.

Concrètement, cette clarification peut se faire à travers les activités suivantes :

- préciser, sur le site internet de Iriscare, les profils présents en maisons de repos ainsi que leur fonction ;
- renforcer la communication transversale sur les rôles de chaque professionnel (lors des réunions de coordination, dans la présentation des établissements, etc.)

Notons que cette clarification est préconisée dans un objectif de transparence, de communication, d'attractivité du secteur et ne vise pas à cadénasser les professionnels dans des tâches spécifiques. Le manque de personnel au sein des maisons de repos crée une solidarité entre les professionnels qui, pour certains, effectuent des tâches qui ne relèvent pas directement de leur fonction. Cette recommandation ne vise en aucun cas à supprimer ce mécanisme solidaire.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur émet des réserves vis-à-vis de cette recommandation. Ils rejoignent l'importance de souligner que cette clarification est préconisée dans un objectif de transparence, de communication, d'attractivité du secteur et ne vise pas à cadénasser les professionnels dans des tâches spécifiques.
Coût	Travailler sur la gestion des ressources humaines (fiche de poste, profil de fonction, organigramme, procédure de collaboration, etc.) et la communication transversale. <b>Coût estimé : 0€</b>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		

**Recommandation 3 :** Revoir et revaloriser le rôle, les missions et le statut du médecin coordinateur.

Le médecin coordinateur a un rôle clé au sein des maisons de repos et la crise sanitaire l'a confirmé. En revanche, son rôle, ses missions et son statut gagneraient à être revus et revalorisés.

Aujourd'hui, le certificat donnant l'accès à la fonction du médecin coordinateur peut être obtenu après « avoir suivi un cycle de formation d'au moins 24 heures étalés sur un maximum de deux ans, et qui a été agréé par le SPF Santé Publique »<sup>10</sup>. Les tâches qui incombent au médecin coordinateur sont détaillées l'Arrêté fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins<sup>11</sup>.

Il est remarqué que :

- le médecin coordinateur n'est pas suffisamment intégré dans le projet global de l'institution ;
- le financement du médecin coordinateur n'est pas équivalent au taux horaire de sa pratique médicale (impact sur l'attractivité de la fonction) ;
- la formation du médecin coordinateur n'est pas financée sur le territoire bruxellois. Le financement de la formation des médecins coordinateurs francophone est assuré par le budget wallon.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur souligne que cette recommandation n'est pas une priorité vu les moyens financiers limités et le contexte actuel des maisons de repos (manque de personnel en interne). Il souligne néanmoins que le médecin coordinateur dispose de très peu de temps au sein de la maison de repos et que disposer d'un médecin coordinateur motivé dans chaque maison est également un enjeu.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter les défraiements du médecin coordinateur (option 1) Augmenter le nombre d'heure par semaine et par résident, dans cette proposition il s'agit de doubler les dépenses du forfait F (option 2). <b>Coût estimé : 1.000.000€</b></li> <li>- Financer l'ensemble des places MR pour l'activité du médecin coordinateur (équilibre des normes MR-MRS) <b>Coût estimé : 900.000€</b></li> <li>- Organiser les formations des médecins coordinateurs à Bruxelles <b>Coût estimé : à déterminer</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare (et l'Aviq dans le cadre des formations à Bruxelles)
Délai d'exécution	CT

<sup>10</sup> 9 MARS 2014. – Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

<sup>11</sup> 9 MARS 2014. – Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

### 2.2.3. Dimension 3 : charge administrative

- **Recommandation 1** : Alléger la charge administrative.
- **Recommandation 2** : Penser le contrôle des maisons de repos dans une logique de partenariat et de collaboration. ★

**Recommandation 1** : Alléger la charge administrative.

Tous les acteurs du secteur s'accordent pour dire que la charge administrative au sein des maisons de repos est trop importante, le personnel de soins est souvent surchargé par les tâches administratives. Cette charge est estimée, par les professionnels du secteur, à 30% de leur charge de travail. Cette charge administrative a un impact majeur : elle limite le temps que les professionnels peuvent consacrer aux résidents.

Il est dès lors proposer de développer des mécanismes permettant d'alléger la charge administrative et ainsi soulager le personnel soignant. A ce stade, plusieurs pistes ont été discutées et investiguées :

- développer un système permettant de simplifier les processus d'agrément et de contrôle au sein des maisons de repos ;
- investiguer la mise en place et le financement d'un appui dans la gestion des tâches administratives (appui centralisé ou non) ;
- travailler sur l'environnement informatique des maisons de repos.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Les attentes du secteur sont importantes car la gestion administrative prend de plus en plus de temps et devient véritablement une contrainte financière pour les petites structures.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travailler à la dématérialisation du processus d'agrément et de contrôle afin de permettre le transfert des données entre les structures et Iriscare. <b>Coût estimé : à déterminer.</b> Ce volet a déjà budgété dans le cadre des travaux d'IrisBox.</li> <li>- Financer une secrétaire médicale dans chaque institution afin d'alléger le personnel de terrain <b>Coût estimé : 8.379.000€.</b> Soit un ETP par structure, 133 structures pour la période de référence, multiplié par 63.000€<sup>12</sup></li> <li>- Développer un logiciel de facturation électronique commun aux maisons de repos. <b>Coût estimé : Inconnu.</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT (secrétaire médicale) MT (dématérialisation et logiciel de facturation unique)

<sup>12</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFC de +/-6%.

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		X

**Recommandation 2** : Penser le contrôle des maisons de repos dans une logique de partenariat et de collaboration. ★

Les acteurs du secteur identifient des dysfonctionnements aux contrôles réalisés par les Services du Collège réuni au sein des maisons de repos. Le contrôle se focalise sur des aspects techniques, mettant en exergue des détails/ des futilités. Les rapports sont transmis aux maisons de repos dans des délais très long or, les maisons de repos sont contraintes d'y donner réponse très rapidement. Ils impliquent une surcharge de travail, des procédures supplémentaires qui pèsent sur les structures et principalement sur celles de petites tailles.

C'est la raison pour laquelle il est préconisé de penser le contrôle des maisons de repos non pas dans une logique de contrôle strict mais davantage de partenariat et de collaboration. Cette logique de collaboration passe notamment par :

- la formation des inspecteurs. Les inspecteurs devraient disposer d'une connaissance minimale du fonctionnement des maisons de repos, d'une connaissance du terrain (avec la mise en place d'une période de stage sur le terrain si nécessaire) ;
- le contrôle sur les éléments peu visibles qui, à ce jour, ne sont pas contrôlés : le bien-être du résident, sa satisfaction, la rencontre de ses besoins, la satisfaction des proches, etc. ;
- des contrôles plus ciblés au sein d'établissement où des dysfonctionnements avérés sont observés ;
- une révision du contrôle dans une dynamique de coaching, d'échange de bonnes pratiques, de retour d'expériences.

Les modifications institutionnelles à venir en termes de contrôle, des compétences des Services du Collège réuni à Iriscare, sont l'occasion de penser et de mettre en place une démarche d'accompagnement et de soutien pour soulager les maisons de repos et leur permettre de se consacrer pleinement aux personnes âgées.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation qui vise à sortir de la logique de contrôle pour tendre vers un accompagnement, un soutien afin de dégager du temps aux professionnels pour qu'ils puissent se concentrer sur leurs résidents. En revanche, le secteur est dubitatif sur la manière de contrôler les aspects peu visibles pourtant essentiels.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Changer la dynamique de contrôle en intégrant également une logique partenariale entre Iriscare et les maisons de repos. La reprise du service contrôle par Iriscare offre une opportunité de changement. <b>Coût estimé : 0€</b></li> <li>- Assortir le contrôle d'une logique de conseil de première ligne à destination des maisons de repos. <b>Coût estimé : à déterminer (ou voir CE.R1.1)</b></li> </ul>

	<p>- Mettre en place une structure dédiée à l'accompagnement des maisons de repos.</p> <p>A nouveau, nous reprenons l'exemple de la structure présente en Communauté germanophone pour estimer le coût global. Il existe une cellule composée de 7 ETP, elle est chargée des tâches liées à la stratégie, le développement des processus et ils assurent la collaboration, la sensibilisation ainsi que l'assurance qualité. Ils réalisent également l'inspection et le contrôle des prestataires. Si nous considérons l'ensemble des activités pour les 800 lits présents sur le territoire, cela donne un ration d'0,00875 ETP par lit. Pour Iriscare, cela donnerait approximativement 100 ETP pour les activités mentionnées. Dans la perspective que le contrôleur n'est jamais l'accompagnateur nous proposons une stratégie divisée en trois :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le contrôle exécuté par Iriscare ;</li> <li>2. le conseil de première ligne réalisé par Iriscare ;</li> <li>3. l'accompagnement à la démarche qualité réalisé par un prestataire externe.</li> </ol> <p>Dans cette approche ambitieuse, nous répartissons les forces en trois, ce qui octroierait un budget approximatif de 33 ETP<sup>13</sup>.</p> <p><b>Coût estimé : 2.079.000€<sup>14</sup></b></p> <p>Dans ce modèle, il conviendrait d'attribuer un montant <b>de 4 millions</b> à Iriscare pour la réalisation du contrôle et du conseil de première ligne (déduction faite des dépenses actuelles pour ses activités).</p>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		X

#### 2.2.4. Dimensions 4-5-6 : personnel des maisons de repos

Pour la dimension dédiée au personnel, une analyse en trois temps a été réalisée :



<sup>13</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFIC de +/-6%

<sup>14</sup> Soit 33 ETP multiplié par 63K€

#### 2.2.4.1. Personnel (à court terme)

**Recommandation** : Diversifier les profils de professionnels présents dans les maisons de repos.★

**Recommandation** : Diversifier les profils de professionnels présents dans les maisons de repos.★

Les maisons de repos rencontrent des difficultés à recruter certains profils de professionnels. Nombreuses sont les maisons de repos qui ne disposent pas du personnel infirmier nécessaire pour assurer l'ensemble des soins à octroyer aux personnes âgées. Dès lors, elles n'ont d'autres solutions que de rationaliser les actes infirmiers à poser, limiter le travail des infirmières à leurs tâches sensu stricto et renforcer le nombre d'aides-soignants qui disposent des heures de formation suffisantes pour poser certains actes infirmiers.

A court terme, les acteurs du secteur affirment qu'il n'est pas envisageable de renforcer les normes d'encadrement pour augmenter la présence d'infirmier(e) dans les maisons de repos. En effet, ce métier - identifié parmi les métiers en pénurie<sup>15</sup> - manque sur le marché de l'emploi. Une autre solution doit être envisagée à court terme pour pallier le manque de main d'œuvre au sein des maisons de repos.

Il est dès lors proposé d'engager des profils divers pour renforcer les équipes des maisons de repos, soulager les métiers en pénurie et dès lors permettre au personnel de soins (profils soignants et personnel de réactivation) de se concentrer sur l'essence même de leur métier, de leur dégager du temps pour se concentrer pleinement sur les résidents. Parmi ces profils, nous pouvons identifier :

- du personnel de salle pour organiser et gérer le service des repas ;
- du personnel d'animation supplémentaire pour proposer aux personnes âgées des activités valorisantes. Aujourd'hui ce sont principalement les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes et logopèdes qui assurent cette animation ;
- du **personnel logistique**, qui peut épauler et soulager les différents services en fonction de leurs besoins spécifiques ;
- du personnel d'accueil ;
- un **secrétariat médical**.

D'autres profils sont également intéressant à investiguer compte tenu des besoins des personnes âgées. Ces dernières expriment le besoin d'être occupées, de rester actives et de réaliser des activités valorisantes, elles expriment également le besoin d'être écoutées. Pour répondre à ces besoins spécifiques, la maison de repos devrait disposer non pas de professionnels de soins mais davantage de profils d'encadrement. Ces profils ne requièrent pas des compétences techniques mais davantage un savoir être avec des compétences sociales (comme l'écoute active, l'empathie, le sens de la communication, la confiance, la patience). Deux profils de professionnels ont été abordés :

- le profil de l'éducateur spécialisé en charge d'accompagner transversalement le résident ;
- le profil de l'assistant social/ du psychologue à l'écoute des résidents.

D'autres idées sont également à investiguer :

<sup>15</sup> Actiris (2020). Les 39 métiers qui engagent d'urgence. <https://yes.actiris.brussels/fr/article/les-39-metiers-qui-engagent-durgence>

- la mise en place d'un défraiement pour les aidants proches/ bénévoles qui consacrent du temps à la personne âgée en maison de repos ;
- la mise en place d'un financement à destination des étudiants qui pourraient également venir renforcer les équipes d'encadrement durant les week-ends et les congés scolaires.

Dans cette même optique, le **personnel de réactivation** doit également être renforcé. Il dispose d'une place essentielle au sein des maisons de repos et ce pour les résidents de tout profil de dépendance. Ces profils ne sont pas uniquement des profils de soins mais également des profils centrés sur l'animation.

Compte tenu de la diversité des profils, les maisons de repos n'expriment pas les mêmes besoins en termes de main d'œuvre. C'est la raison pour laquelle, il est préconisé de laisser aux maisons de repos une certaine flexibilité sur le choix des profils. Chaque maison doit être en mesure de définir les profils de professionnels nécessaires en tenant compte des besoins de ses résidents et de son projet institutionnel (forme d'individualisation des soins).

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il souligne que la diversification des profils au sein des maisons de repos est une solution à investiguer pour dégager du temps aux professionnels de soins et de réactivation. L'accent est spécifiquement mis sur les profils suivants : personnel logistique, secrétariat médical et personnel de réactivation. Il s'agit également de trouver une solution à court terme aux métiers en pénurie.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifier les règles de financement du personnel de réactivation. Deux types de profils ressortent de l'analyse : <ul style="list-style-type: none"> <li>o le profil d'éducateur spécialisé,</li> <li>o des profils « non gradués » comme un assistant logistique, du personnel de salle, du personnel de compagnie.</li> </ul> <b>Coût estimé : 0€</b> (des économies sont possibles par l'embauche de profils moins qualifiés) </li> <li>- Financer les étudiants jobistes (soit 1ETP par structure avec 3h par jour l'après-midi en semaine et 6h par jour le week-end). <b>Coût estimé : 2.803.000 €<sup>16</sup></b> pour <b>385 étudiants</b></li> <li>- Financer du personnel de réactivation complémentaire 0,3ETP par 30 ETP ou permettre un budget libre en affectation. <b>Coût estimé : 7.245.000€</b> (soit 63K€<sup>17</sup>x0,01ETPx11.500lits) pour <b>115 ETP</b> (soit une augmentation des normes de 0,3 ETP par 30 lits pour l'ensemble des lits)</li> </ul> <p>Ce coût pourrait être revu à la baisse de minimum 13% si les diplômes considérés pouvaient être élargis (sans graduat ou</p>

<sup>16</sup> Pour le Week-end : 104x6hx18,75€x133, pour la semaine 250x3hx12,5€x133 = 1.556.000€ + 1.247.000€ ce qui représenterait un nombre d'étudiants approximatif 385 étudiants (83.000h le we et 100.000h la semaine en considérant le plafond de 475h/étudiant)

<sup>17</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFC de +/-6%.

	<p>bachelier) soit 6,3 millions pour 115 ETP. Ce montant pourrait encore être revu à la baisse si on considère une nouvelle catégorie (voir catégorie 8 - assistant logistique dans les profils IFIC) soit 5,7 millions pour 115 ETP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilibrer les normes pour le personnel de réactivation entre MR et MRS. <b>Coût estimé : 63.000€ pour 1 ETP supplémentaire</b> (cette estimation repose sur les normes actuelles et sur base de nombre de journées facturées dans les lits B-C-Cd-D MRPA). Nous attirons l'attention du lecteur sur la structuration des normes pour le personnel de réactivation pour un profil B qui est plus avantageux avec le statut « MR ».</li> <li>- Financer du personnel de réactivation complémentaire 0,5ETP par 30 ETP ou permettre un budget libre en affectation. <b>Coût estimé : 12.075.000€</b> (soit 63K€<sup>18</sup>x 0,0166*115ETP x11.500lits) <b>pour 192 ETP</b> (soit une augmentation des normes de 0,5 ETP par 30 lits pour l'ensemble des lits)</li> <li>- Défrayer les aidants proches. Plusieurs aides sont imaginées : remboursement des frais de transport, remboursement des repas pris dans l'institution, remboursement des frais vestimentaires, etc. <b>Coût estimé : à déterminer.</b></li> <li>- S'intégrer à la mise en œuvre du TZCLD afin de former mais également de bénéficier de personnes « à l'écoute » des autres <b>Coût estimé : 0€</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X	X	X

#### 2.2.4.2. Personnel (à moyen terme)

- **Recommandation 1** : Aligner les normes d'encadrement entre les maisons de repos les maisons de repos et de soins.
- **Recommandation 2** : Dupliquer la logique du référent démence aux autres besoins/pathologies de la personne âgée.
- **Recommandation 3** : Envisager la mise en place d'un financement plus flexible, en lien avec le projet de vie de la maison de repos et le projet de vie individualisé du résident.

**Recommandation 1** : Aligner les normes d'encadrement entre les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

<sup>18</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFIC de +/-6%.

Partant du constat que trop peu de personnel encadre les personnes âgées dans les maisons de repos, il est proposé, à moyen terme, d'aligner les normes d'encadrement des maisons de repos sur les normes d'encadrement des maisons de repos et de soins.

A travers cet alignement, les acteurs sont particulièrement attentifs à la meilleure prise en charge des profils O et A en maison de repos. Les normes d'encadrement et de financement de ces profils O et A sont actuellement très basses. Ces personnes rencontrent pourtant des besoins sociaux importants, ils souffrent de troubles cognitifs qui requièrent un accompagnement adapté, principalement au niveau du personnel de réactivation.

Cette harmonisation permettrait :

- un meilleur accompagnement des résidents et principalement des résidents de types O et A ;
- une simplification administrative pour Iriscare, ne devant plus établir une distinction entre les établissements.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Un point d'attention est tout de même mis en exergue : il faut s'assurer que la maison de repos puisse trouver les ressources nécessaires sur le marché pour être conforme aux normes.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aligner les normes MR vers les normes MRS pour les profils B, C et Cd. <b>Coût estimé : 20.000.000<sup>19</sup>€ pour 175 ETP</b></li> <li>- Dégager un financement complémentaire des profils O et A <b>Coût estimé : 7.245.000€ (1ETP REAC par 30 lits O ou A - 63K€<sup>20</sup>x3.450lits/30) pour 115 ETP</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		X

**Recommandation 2** : Dupliquer la logique du référent démence aux autres besoins/pathologies de la personne âgée.

La personne de référence pour la démence est impliquée dans l'accompagnement des personnes atteintes de démences au sein des maisons de repos et de soins. Ceci dans l'objectif :

- d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence ainsi que leurs familles (mission d'accompagnement) ;
- d'améliorer les conditions de travail et les compétences des professionnels qui interviennent auprès des personnes âgées (mission de conseil, d'avis et d'expertise).

<sup>19</sup> Sur base des dépenses réelles selon la période de référence 2020-2021 et selon l'ancienneté réelle

<sup>20</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFIC de +/-6%.

Cette fonction est considérée comme bénéfique au sein des maisons de repos. C'est la raison pour laquelle il est proposé de dupliquer la logique du référent démente aux autres besoins/pathologies de la personne âgée. Pour ce faire, nous préconisons de :

- mettre en place des personnes référentes sur base d'une identification préalable des besoins/pathologies des résidents (quels sont les référents dont la maison de repos doit disposer pour répondre aux besoins de ses personnes âgées ?)
- spécifier le rôle des référents pour l'ensemble du personnel : interlocuteur privilégié, porteur du projet individuel, personne ressource, etc.
- favoriser le partage/la synergie des référents entre les structures.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il attire tout de même l'attention sur l'importance de ne pas trop multiplier les référents au sein d'une institution, ce dont ont besoin les maisons de repos, avant toute chose, c'est de personnel supplémentaire.
Coût	Identifier les axes d'amélioration. Il s'agit d'identifier 3 axes d'amélioration par exemple : plaie, soins buccodentaires et isolement social. Si nous considérons le financement de la partie E3 du forfait Iriscare à 1 million <sup>21</sup> , nous multiplions ce montant par trois. Ce montant ne tient pas compte de l'organisation des programmes de formation. <b>Coût estimé : 3 millions</b> (pour trois axes d'amélioration)
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

**Recommandation 3 :** Envisager la mise en place d'un financement plus flexible, en lien avec le projet de vie de la maison de repos et le projet de vie individualisé du résident.

Comme souligné précédemment, il est difficile d'indiquer de manière précise les profils de professionnels qu'il faut renforcer au sein des maisons de repos. Sur la question du profil qu'il faut renforcer (et donc augmenter), les acteurs du secteur soulignent que cela va fortement dépendre de la structure, de son projet institutionnel, de son organisation, des professionnels déjà présents mais surtout des besoins des résidents.

Les normes d'encadrement actuelle sont assez rigides, le nombre de profils financés est limité, ce qui restreint le choix des établissements. Il est dès lors ici préconisé d'encourager davantage de flexibilité au sein du système. Cette recommandation rejoint celle formulée par les parties prenantes du secteur qui soulignent que l'objectif derrière c'est « de diversifier la liste des professionnels qui entrent en considération dans les normes d'encadrement et de financement, afin de permettre aux établissements d'adapter les engagements en fonction de leur projet institutionnel et des besoins particuliers de leurs résidents »<sup>22</sup>.

<sup>21</sup> Sur base d'un montant indexé moyen par jour financé de 0,25€/place dans la partie « démente » selon les dépenses réelles lors de la période de référence 2020-2021.

<sup>22</sup> Iriscare (2021). Normes d'encadrement et de financement MR/MRS : Synthèses des ateliers avec les parties prenantes et des échanges avec les organisations syndicales.

Pour ce faire, deux options ont été discutées :

- option 1 : définir un socle de base minimal à respecter en termes de nombre de personnel infirmier et d'aide-soignant et permettre aux maisons de repos une flexibilité sur les autres profils requis. Cette flexibilité devra faire l'objet d'un contrôle spécifique, sur base de critères de qualité, permettant aux établissements de justifier leur proposition en fonction de leur projet institutionnel et des besoins de leurs résidents ;
- option 2 : mettre à disposition de chaque direction de maison de repos une enveloppe pour que celle-ci soit en mesure d'opérer les choix de financement en fonction des besoins spécifiques de ses résidents et de la réalité de son infrastructure. Cette manière de procéder devra également faire l'objet d'un contrôle spécifique.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation et de cette flexibilité au bénéfice des maisons de repos. Il se dit davantage en faveur de l'option 1, la seconde option laissant trop de flexibilité aux établissements (risque de nivellement par le bas).
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre un budget libre en affectation, qui devrait, à minima, offrir 1ETP par 100 lits. <b>Coût estimé : 7.245.000€</b> ( ↗ Lien avec la recommandation « diversifier les profils de professionnel »)</li> <li>- Dans ce contexte plus libre, il est également fortement pressenti un accompagnement administratif plus important pour Iriscare pour accompagner les projets (mais qui n'est pas budgété à ce stade). <b>Coût estimé : à déterminer</b> (ou voir CA.R2.3, conseil de première ligne)</li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X	X	X

#### 2.2.4.3. Personnel (à long terme)

- **Recommandation** : Augmenter les normes d'encadrement pour l'ensemble des profils.

**Recommandation** : Augmenter les normes d'encadrement pour l'ensemble des profils.

A plus long terme, il sera question d'augmenter les normes d'encadrement pour l'ensemble des profils. Notons tout de même que cette augmentation représente un coût colossal pour Iriscare et nécessite d'avoir trouvé des solutions aux pénuries actuelles sur le marché de l'emploi.

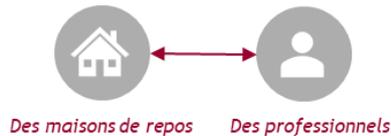
La révision de ces normes sera l'occasion de se pencher sur l'équilibrage de la part de personnel soignant par rapport au personnel d'encadrement.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur et les citoyens sont favorables à des financements plus importants dans le secteur des soins de santé. Cette proposition doit s'inscrire dans la mise en œuvre d'une nouvelle échelle, de la définition de nouveaux profils et donc d'un financement de nouvelles normes d'encadrement.
Coût	Augmenter de 10% des normes d'encadrement <b>Coût estimé : 25.000.000€.</b> Cela engendrerait une augmentation importante des dépenses pour Iriscare (ce montant représente 10% des dépenses actuelles forfaitaire des parties A1 - 3 <sup>ème</sup> volet - fin de carrière selon la période de référence 2020-2021).
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	LT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

### 2.2.5. Dimension 7 : attractivité

La dimension attractivité a été traitée à deux niveaux :



#### 2.2.5.1. Attractivité des maisons de repos

- **Recommandation 1** : Offrir aux maisons de repos une réelle attractivité à travers un changement de modèle.
- **Recommandation 2** : Travailler sur l'image des maisons de repos.
- **Recommandation 3** : Ouvrir les maisons de repos sur les quartiers.

**Recommandation 1** : Offrir aux maisons de repos une réelle attractivité à travers un changement de modèle.

Les maisons de repos véhiculent une image négative, elles sont régulièrement associées à une solution de « non-retour » lorsque toutes les alternatives ont été envisagées, à une perte d'autonomie et d'indépendance. Cette image négative a été renforcée par la crise sanitaire mais également par les scandales récents.

Le secteur se positionne dès lors en faveur d'une révision du modèle actuel des maisons de repos pour tendre « vers un modèle d'hébergement plus dynamique et attractif, un modèle plus souple, évolutif, mieux adapté aux souhaits et aux besoins de ses habitants »<sup>23</sup>. Ce changement de modèle implique que la maison de repos ne doit plus uniquement considérée comme un lieu de soins mais bien comme un lieu de vie au sein duquel la personne âgée peut évoluer.

<sup>23</sup> Fermarbel (2021). Le Mag : Cap vers de nouveaux horizon. Rencontres avec Christie Morreale et Alain Maron.

Pour tendre vers ce changement de modèle, il est préconisé de développer et systématiser, dans chaque maison de repos, un projet institutionnel qui vise à assurer un bien-être optimal à la personne âgée et à maintenir son autonomie. Ce projet institutionnel doit :

- impacter tous les aspects de l'organisation de la maison de repos (soins et encadrement) ;
- être élaborer en concertation avec l'ensemble des professionnels et des résidents ;
- être communiqué à l'extérieur de la maison de repos ;
- être évalué et adapté de manière régulière.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est maison de repos est en faveur de cette recommandation. L'image et le modèle des maisons de repos doivent évoluer.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier/contrôler la transposition du projet de vie de la maison de repos sur son organisation. <b>Coût estimé : 0€</b></li> <li>- Mettre à disposition un budget libre. Mise à disposition d'un budget qui devrait, à minima, offrir 1ETP par 100 lits pour organiser la concertation entre les parties. 7.245.000€ (soit 63K€<sup>24</sup> x0,01ETPx11.500lits). Ce coût pourrait être revu à la baisse de minimum 13% si les diplômés considérés pouvaient être élargis (sans graduat ou bachelier) soit 6,2 millions. <b>Coût estimé : 7.245.000€ ( ↗ Lien avec la recommandation « diversifier les profils de professionnel »).</b></li> <li>- Intégrer dans les normes d'agrément une obligation de communication minimale et réelle avec le résident/la famille sur l'organisation et le projet de vie de l'institution. L'institution devra démontrer comment la structure s'adapte et répond aux besoins de la personne accueillie. <b>Coût estimé : 0€</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		

### Recommandation 2 : Travailler sur l'image des maisons de repos.

Toujours dans cette optique d'attractivité, la perception de la maison de repos est ambivalente et souvent connotée à une image négative. Il s'agit ici de travailler sur :

- l'image médicale que renvoient les maisons de repos, il s'agit de lieu de vie et non pas uniquement lieu de soins
- la stigmatisation de la personne âgée. 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

<sup>24</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFIC de +/-6%.

comme un acteur social à part entière au sein de la société<sup>25</sup>. La personne âgée doit rester une personne active dont l'avis doit être pris en compte.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur souhaite vivement qu'un plan de communication soit mis en œuvre dans la Région de Bruxelles Capitale. Il insiste sur la communication positive à l'heure où les communications négatives sur les maisons de repos sont nombreuses.
Coût	Développer un projet de communication structurée <b>Coût estimé : à déterminer</b>
Acteur responsable	Iriscare - Cocof/Cocom
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
			X

### Recommandation 3 : Ouvrir les maisons de repos sur les quartiers.

Cette recommandation s'inscrit directement en lien avec la recommandation « Renforcer la coordination au sein du secteur, éviter les fonctionnements en silo » (  *Lien avec la dimension 1 : « coordination externe »*). Outre les activités proposées précédemment, il est indispensable de disposer, en interne, des professionnels nécessaires pour initier et développer cette ouverture sur les quartiers.

Il s'agit également d'encourager, à travers la mise en place d'appels à projets, les projets alternatifs au sein des maisons de repos. Ces projets qui proposent, dans un lieu unique, une offre multiple (maison de repos, résidence service, centre de soins de jours, etc.). Il peut également être envisagé de convertir les lits non occupés au sein des maisons de repos en « chambres sociales » mises à disposition de bruxellois dans le besoin. A travers cette diversité des profils et des structures, l'objectif est de faire des maisons de repos des lieux de vie dynamiques, ouverts vers l'extérieur.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur y est favorable mais précise que cette logique est déjà entreprise. Il s'agirait donc de la stimuler et de la structurer.
Coût	- Mettre à disposition un ETP en charge de la coordination sociale, de l'ouverture de la maison de repos sur le quartier. Le profil pourrait être un assistant social, un éducateur, un formateur ou encore un chargé de projet (à déterminer en fonction des ambitions de la maison). <b>Coût estimé : 8.379.000€.</b> L'estimation se base sur un ETP au barème du personnel de REAC à 6 ans d'ancienneté qui est multiplié par maison de repos (=133 <sup>26</sup> ).

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Nombre de structures observées lors de la période de référence 2021-2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser un appel à projet pour encourager la coordination sociale et l'ouverture de la maison de repos. <b>Coût estimé : à déterminer</b></li> <li>- Lancer un appel à projet « mixité » des structures, cet appel à projet viserait des aménagements pour la réaffectation de certains lits actuellement inoccupés. <b>Coût estimé : à déterminer</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
		X	X

### 2.2.5.2. Attractivité du secteur au bénéfice des professionnels

- **Recommandation 1** : Renforcer l'attractivité du secteur des maisons de repos pour les professionnels.
- **Recommandation 2** : Travailler sur la fidélisation du personnel.
- **Recommandation 3** : Travailler sur la continuité du personnel (absentéisme).
- **Recommandation 4** : Travailler sur la reconnaissance de ces métiers essentiels.

**Recommandation 1** : Renforcer l'attractivité du secteur des maisons de repos pour les professionnels.

L'image négative des maisons de repos n'impacte pas uniquement les résidents et leurs familles mais également les professionnels du secteur. Le secteur dans maisons de repos ne parvient pas à mettre suffisamment en valeur leurs métiers auprès des professionnels. La méconnaissance du secteur, des besoins de la personne âgée et la pénibilité du travail du personnel, compte tenu des charges psychologiques et physiques demandées par les activités de soins, viennent renforcer ce manque d'attractivité<sup>27</sup>.

Plusieurs pistes ont été évoquées pour renforcer l'attractivité du personnel :

- travailler sur la méconnaissance du secteur pour valoriser l'image des maisons de repos, notamment auprès des jeunes. Le partenariat avec des acteurs de l'emploi, des écoles, des universités semble prépondérant ;
- revoir les formations de base pour que celles-ci :
  - ne soient pas essentiellement axées sur la dimension « soins ». Il est important de sensibiliser, conscientiser aux réalités des maisons de repos ainsi qu'aux notions d'accompagnement social, psychologique et affectif.
  - abordent davantage les métiers de la gériatrie.
- encourager la reconversion professionnelle en proposant des formations à horaires décalées à des professionnels issus d'autres secteurs qui cherchent à se reconverter.

<sup>27</sup> Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur souhaite vivement un plan de communication axé sur une image positive du secteur pour rendre le secteur attractif auprès des étudiants et des professionnels du secteur. Rappelons également que la KCE dans son rapport du 30 janvier 2020 <sup>28</sup> précisait déjà que « <i>des initiatives sont également nécessaires pour rendre les soins gériatriques plus attrayants pour les infirmiers</i> »
Coût	Développer un projet de communication structurée <b>Coût estimé : à déterminer</b> Améliorer la formation de base du personnel (aspect holistique de la prise en charge d'une personne âgée) <b>Coût estimé : 0€ pour Iriscare</b> Renforcer la reconversion professionnelle <b>Coût estimé : 0€ pour Iriscare</b>
Acteur responsable	Iriscare - Cocof/Cocom - SPF - Actiris
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
	X		

#### Recommandation 2 : Travailler sur la fidélisation du personnel.

Les conditions de travail dans les maisons de repos sont souvent perçues comme difficiles. L'accompagnement des personnes âgées, dans le cadre actuel des normes d'encadrement, implique une charge physique et psychologiques pour le personnel qui considère ne plus être en mesure d'effectuer son travail dans les meilleures conditions. Les conséquences de ce manque de main d'œuvre multiples : désengagement, épuisement, motivation, manque de sens.

Les professionnels du secteur soulignent :

- une perte de sens. Le personnel des maisons de repos exerce son travail par vocation, pour prendre soin de la personne mais le manque de moyens et la perte de qualité qui en découle, peuvent engendrer des pertes de sens.
- un manque de partage. Les professionnels n'ont pas le temps d'échanger sur les difficultés rencontrées sur le terrain, des moments de prise de parole pour s'exprimer, relâcher la pression et extérioriser (sur l'organisation du travail, la répartition du travail, etc.) ;
- une diminution de la qualité dans le travail exécuté, principalement par manque de temps.

La fidélisation du personnel passe par la mise en place de plusieurs actions visant à renforcer la qualité de vie professionnelle. Nous nous focalisons ici sur la mise en place de moments d'échanges permettant aux professionnels de partager, extérioriser, se décharger. Il est dès lors recommandé de systématiser et structurer des moments d'échanges entre les professionnels d'une même maison de repos (dans une optique de partage et d'échange).

<sup>28</sup> <https://kce.fgov.be/fr/ann%C3%A9e-internationale-des-infirmiers-il-en-faut-davantage>

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur s'inscrit volontiers dans la logique de favoriser le bien-être au travail.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financer les dépenses spécifiques visant à améliorer le bien-être du personnel (mise au vert, programme d'écoute, coaching d'équipe, etc.) L'objectif est de créer un bref appel à initiative dans le secteur. <b>Coût estimé : A déterminer</b></li> <li>- Financer 0,5 ETP psychologue/coach dans chaque maison de repos et qui prend en charge le bien-être psychologique des travailleurs. <b>Coût estimé : 4.190.000€.</b> Le montant est calculé comme suit : <math>63K€^{29} \times 133 \text{maisons} / 2</math>.</li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		

### Recommandation 3 : Travailler sur la continuité du personnel (absentéisme).

Le taux d'absentéisme est important au sein de certaines maisons de repos (pouvant atteindre jusqu'à 40% du personnel). L'absentéisme est un élément perturbateur du fonctionnement des établissements et de l'augmentation de la charge de travail des équipes<sup>30</sup>. Il induit :

- un coût supplémentaire pour la structure (estimé à 7.100€ par personne et par an<sup>31</sup>) ;
- des modalités de régulation pas toujours adéquates (glissements de fonction, intérim, non remplacement) ;
- des adaptations en termes d'organisation interne (changement de planning) ;
- une surcharge de travail ;
- une perte de qualité des soins (dû au manque de continuité).

Ce taux d'absentéisme s'explique notamment par le stress et la pénibilité du travail (physique et psychologique), l'organisation du travail ou encore la diversité des régimes de travail des équipes de soins (manque de continuité).

Pour réduire cet absentéisme, il serait pertinent d'envisager la mise en place d'un financement lié à un indicateur d'absentéisme. Plusieurs pistes ont été investiguées :

- piste 1 : octroyer des moyens aux établissements pour qu'ils puissent mener, de manière anticipative, des actions en vue d'améliorer la qualité de vie des professionnels et ainsi réduire l'absentéisme ;

<sup>29</sup> Soit le barème indexé actuel d'un gradué paramédical avec une ancienneté de 6 ans, sans considération du surcout IFIC de +/-6%.

<sup>30</sup> Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

<sup>31</sup> Petit Renaud, Zardet Véronique (2017). « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54.

- piste 2 : réduire la dotation des établissements qui atteignent un taux d'absentéisme trop élevé ;
- piste 3 : mettre en place un indicateur individuel qui vise à récompenser les professionnels qui viennent travailler.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Il souligne néanmoins de bien définir les modalités de cet indicateur (de quelle manière est-il construit? quelle est la norme en matière d'absentéisme?).
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Option 1 : Créer une nouvelle partie dans le financement d'Iriscare (partie Ax) afin de financer de manière structurelle les démarches positives vers un meilleur bien-être du personnel. <b>Coût estimé : à déterminer.</b></li> <li>- Option 2 : Réaliser des économies dans le financement d'Iriscare (réduction du financement A2-financement des moyens supplémentaires par exemple) lorsque l'absentéisme est trop important (supérieur à la moyenne). <b>Coût estimé : 0€</b> (des économies sont à prévoir)</li> <li>- Option 3 : octroyer une prime individuelle au personnel des maisons de repos sur base de leur contrat de travail et sur base de leur présence. <b>Coût estimé : 4.550.000€.</b> Nous reprenons l'estimation de Femarbel<sup>32</sup> soit 4.550 ETP « soins » que l'on multiplie par une prime annuelle de 1.000€.</li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		

#### Recommandation 4 : Travailler sur la reconnaissance de ces métiers essentiels.

Les précédentes recommandations mettent l'accent sur l'importance de travailler à la qualité de vie des professionnels au sein des maisons de repos. Au-delà de l'attractivité, il semble également indispensable de travailler sur la reconnaissance de ces métiers. Pour ce faire, il est proposé de :

- renforcer l'accès à des avantages extra-légaux. La reconnaissance de ces métiers passe par une reconnaissance salariale. Les hôpitaux, au contraire des maisons de repos, proposent des packages salariaux attractifs pour leurs employés ce qui crée une forme de concurrence entre les secteurs ;
- renforcer les possibilités de mobilité interne. La politique de mobilité interne dans un objectif d'enrichir le parcours professionnel et le développement de nouvelles compétences doit être davantage encouragée ;
- valoriser l'ancienneté et l'intégrer dans le financement.

<sup>32</sup> [https://www.femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10\\_Analysedelaprise\\_bassedev-1.pdf](https://www.femarbel.be/wp-content/uploads/2020/01/10_Analysedelaprise_bassedev-1.pdf)

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation.
Coût	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter la rémunération du personnel (augmentation de la rémunération de base, harmonisation des avantages en nature dans le secteur, etc.) <b>Coût estimé : à déterminer</b> (en intégrant la mise en place de la réforme IFIC)</li> <li>- Favoriser la mobilité interne. Soit (1) par une réflexion organisationnelle sur l'aménagement des tâches, l'organisation de la maison de repos, soit (2) par une accessibilité plus aisée des tâches des autres opérateurs (formation continue pour la délégation d'actes par exemple) <b>Coût estimé : 0€</b></li> </ul>
Acteur responsable	Iriscare - SPF Santé publique
Délai d'exécution	MT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		



La motivation première du personnel reste l'aide de son prochain. La rémunération ne compensera jamais la surcharge de travail, le manque de considération, les difficultés quotidiennes ... Il convient prioritairement de travailler sur les causes du mal être du soignant qui va jusqu'à le dégoûter de sa vocation avant de travailler sur son package salarial.

#### 2.2.6. Dimension 8 : compétences

- **Recommandation 1** : Renforcer le rôle et la formation de la direction des maisons de repos afin que celle-ci soit : (1) source de motivation et d'engagement pour le personnel, (2) moteur du changement.
- **Recommandation 2** : Encourager la formation continue.

**Recommandation 1** : Renforcer le rôle et la formation de la direction des maisons de repos afin que celle-ci soit : (1) source de motivation et d'engagement pour le personnel, (2) moteur du changement.

La direction de la maison de repos joue un rôle essentiel dans la dynamique interne. Les acteurs du secteur constatent que les directions ont un rôle moteur dans le développement du projet de vie individuel du résident ainsi que son impulsion vers les autres membres du personnel.

En revanche, la formation des directeurs(rices) de maison de repos est souvent épinglée comme étant limitative, se concentrant exclusivement sur des aspects administratifs et comptables ne leur permettant pas d'être suffisamment armés pour implémenter une dynamique interne centrée sur le résident. Il est dès lors recommandé de former les directions, non pas sur des aspects commerciaux/ administratifs, mais sur les aspects liés au projet de vie du résident, à ses besoins et à la relation à autrui (remettre le résident au centre).

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	<p>Le secteur est en faveur de cette recommandation, la direction doit pouvoir insuffler une dynamique, une motivation en interne, jouer un rôle de coach et permettre l'innovation. Il souligne néanmoins que les directions des maisons de repos doivent être sur tous les fronts. Ces profils de direction ne sont pas aisés à trouver sur le marché car il faut pouvoir allier des qualités humaines, des qualités managériales dans un secteur fortement réglementé.</p> <p>Il souligne également que les heures de formation actuelles sont peu nombreuses (120 heures) pour aborder tous les aspects relatifs à l'accompagnement de la personne âgée. Dans cette même optique, les stages en institution ne sont pas suffisamment longs pour prendre connaissance du fonctionnement d'un établissement.</p>
Coût	<p>Encadrer ou financer un nombre d'heures spécifiques à la prise en charge des personnes âgées aux membres de la direction d'une maison de repos.</p> <p><b>Coût estimé : à déterminer</b></p>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X	X	X

### Recommandation 2 : Encourager la formation continue.

Les pathologies des personnes âgées sont de plus en plus complexes et lourdes ce qui requiert, pour les professionnels du secteur, des compétences de plus en plus pointues. Ils doivent pouvoir s'adapter à la personne âgée et à ses besoins spécifiques.

Il est dès lors recommandé de proposer une offre de formation réelle, adéquate, de qualité, qui puisse répondre aux besoins des professionnels. Deux points d'attention sont mis en exergue :

- un premier, sur le contenu :
  - o cette offre de formation ne doit uniquement être axée sur les compétences techniques du professionnel mais doit également porter sur les compétences humaines (l'écoute, la patience, l'empathie etc.) ;
  - o les formations doivent être proposées à l'ensemble du personnel de l'établissement, y compris le personnel logistique et technique, pour que tous soient sensibilisés à la gériatrie ;
  - o des formations aux outils numériques devraient être rendues obligatoires pour le personnel soignant.
- un second, sur les modalités pratiques : pour que ces formations amènent une réelle plus-value aux professionnels, il est recommandé de dégager du temps pour permettre aux professionnels de participer à ces journées de formation (dans les heures de travail).

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	Le secteur est en faveur de cette recommandation. Trois points d'attention sont soulignés : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le quota d'heures de formation est déjà plus élevé à Bruxelles qu'en Flandre et en Wallonie, il faut donc être attentif à ce quota ;</li> <li>- les compétences en gériatrie sont une priorité ;</li> <li>- les formations « softskills » doivent être encouragées pour l'ensemble du personnel.</li> </ul>
Coût	Encadrer et/ou financer des formations à destination du personnel de soins mais également à l'ensemble de personnel des formations sur : les spécificités de la prise en charge d'une personne âgée, l'organisation d'une maison de repos, le numérique, l'écoute active. <b>Coût estimé : à déterminer</b>
Acteur responsable	Iriscare
Délai d'exécution	CT

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X		

### 2.2.7. Dimension 9 : échelle

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recommandation</b> : Penser et mettre en œuvre un outil holistique qui permette de prendre en considération l'ensemble des besoins de la personne âgée (les besoins sociaux et les besoins de soins).</li> </ul>
--

**Recommandation** : Penser et mettre en œuvre un outil holistique qui permette de prendre en considération l'ensemble des besoins de la personne âgée (les besoins sociaux et les besoins de soins).

Régulièrement qualifiée de « vétuste », l'échelle de Katz est très limitative et a tendance à catégoriser les personnes âgées sans prendre en compte l'ensemble de leurs besoins. Les acteurs regrettent également que, à travers cette échelle, le financement des structures d'hébergement soit lié à la dépendance des personnes âgées.

L'étude recommande donc de penser et de mettre en œuvre un outil holistique qui :

- prenne en considération l'ensemble des besoins de la personne âgée. En effet, les besoins d'encadrement, psychiques, sociaux et affectifs doivent être pris en compte dans l'évaluation du profil de la personne âgée, au même titre que les besoins de soins. Les acteurs sectoriels sont particulièrement attentifs à **la problématique des profils O et A** pour lesquels les normes d'encadrement et de financement sont actuellement très basses. Ces personnes peuvent souffrir de troubles cognitifs et ont des besoins sociaux importants qui nécessitent un encadrement adapté ; ★
- veille au renforcement et au maintien de l'autonomie des personnes âgées ;
- permette de réévaluer l'état de la personne âgée à intervalle régulier.

Mise en œuvre opérationnelle	
Intérêt du secteur	<p>Le secteur est en faveur de cette recommandation. Ils mettent l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le fait que la question de l'échelle d'évaluation utilisée dans la prise en charge des personnes âgées ne peut être dissociée de l'enjeu des normes d'encadrement ;</li> <li>- l'enjeu de la prise en charge des profils O et A ;</li> <li>- l'importance de disposer des moyens financiers adéquats, le secteur a régulièrement été sollicité pour mener une réflexion sur les autres échelles d'évaluation mais les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre ont souvent manqué ;</li> <li>- l'importance de changer, en amont, le paradigme de la vision actuelle des soins et de faire des maisons de repos des lieux de vie.</li> </ul>
Coût	<p>Structurer le changement d'échelle vers le BelRai en réalisant des projets pilotes « BelRai screener ». Le budget devra couvrir le personnel d'évaluation, le personnel qui devra élaborer le plan de soins adéquat, etc. Cet appel à projet doit être réalisé pour alimenter les discussions sur les profils, sur la plus-value de l'outil. Une première intention serait de cibler les profils O et A pour mettre clairement en exergue l'obsolescence de l'échelle de Katz.  <b>Coût estimé : 300.000€</b> (proposition du budget 2023)</p>
Acteur responsable	Iriscare (collaboration avec la Communauté Germanophone ou la Communauté Flamande)
Délai d'exécution	LT (mais doit débuter dès maintenant)

Facteurs de qualité			
Encadrement	Soins	Infrastructures	Contacts sociaux
X	X	X	X

### 2.3. Conclusion intermédiaire

A ce stade, nous pouvons mettre en avant quatre recommandations qui nous semble intéressantes pour répondre aux besoins du secteur et qui demeurent financièrement abordables pour la Région au vu de ses réalités économiques et budgétaires :

1. Diversifier les profils présents au sein des recommandations (cf. recommandation de la dimension « personnel court terme »).

- a) Création et ajout du profil d'assistant

Pour l'ajout de personnel peu qualifié et d'assistance, il convient de travailler sur le cadre normatif en intégrant un nombre d'ETP en fonction de l'attrait de la mesure et des disponibilités financières d'Iriscare. Pour ce qui est du personnel logistique/ de support/ de salle, il convient d'insister sur le fait que le profil serait moins onéreux qu'une infirmière ou d'une aide-soignante.

Cette nouvelle catégorie devra être ajoutée au niveau des normes d'encadrement :

Norme MRPA	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
Personnel d'assistance	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Norme 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
Personnel d'assistance	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Pour rappel :

- un gradué du secteur paramédical est catégorisé 14 par les normes IFIC (soit 3.442 à 6 ans d'ancienneté avec l'indice pivot 113,76 du 1/03/2022) ;
- un personnel soignant est catégorisé 11 par les normes IFIC (soit 2.737 à 6 ans d'ancienneté avec l'indice pivot 113,76 du 1/03/2022) ;
- un personnel « assistant » est catégorisé 8 par les normes IFIC (soit 2.498 à 6 ans d'ancienneté avec l'indice pivot 113,76 du 1/03/2022).

Ce rappel permet de démontrer que la création d'une catégorie spécifique pour la fonction d'assistance permettrait à Iriscare d'augmenter l'encadrement à des coûts plus modérés (soit une économie de 27% par rapport à un profil bachelier et soit une économie de 8% par rapport à un profil aide-soignant).

La création de cette nouvelle catégorie est également l'opportunité de travailler à une redistribution interne différente (cf. 3.2.6 - *redistribution interne*). En effet, comme déjà mentionné, la médicalisation historique de la maison de repos s'observe par une présence importante de profils d'infirmiers et aides-soignants. Dans la logique du budget libre et en réaction au manque de main d'œuvre en maison de repos, il semble également opportun d'ouvrir quelque peu les portes à des profils différents que sont l'assistant logistique ou encore l'assistant de salle.

Sur base du profil d'aide-soignant, un budget approximatif de 6,3 millions peut être estimé si nous considérons 0,3ETP par 30 lits (sur base de 11.500 lits financés). En revanche, ce budget pourrait être réduit de 8% (soit 5,7 millions) si nous considérons un profil « logistique » (sur base de la catégorisation IFIC).

Par contre, il convient de préciser que la création du profil doit se faire avec le concours d'une construction juridico-technique. En effet, ce nouveau cadre devra être discuté et créé dans les textes réglementaires. De plus, le logiciel de gestion du financement devra également être modifié pour tenir compte de cette spécificité.

b) Ajout de profils et de diplômes (personne de réactivation)

A la liste existante, il serait question d'ajouter les profils suivants :

- secrétaire médicale (diplôme de bachelier administratif (assistante de direction) - bachelier secrétariat médical). Compte tenu de la finalité administrative, ce profil devrait être limité au sein des structures ;
- éducateur spécialisé (Master) ;
- animateur socio-culturel (graduat en art). Compte tenu de la finalité à l'animation, ce profil devrait être limité au sein des structures.

D'un point de vue opérationnel, même si les profils proposés peuvent ne pas être considérés comme « personnel de réactivation », nous proposons d'adjoindre les profils à ce groupe déjà existant afin de faciliter l'intégration dans le logiciel de financement et de faciliter les changements réglementaires.

2. Rendre possible la mise en œuvre d'un budget flexible et individualisé (cf. *personnel moyen terme*) en l'intégrant dans la réflexion du projet de vie individualisé de chaque résident.

La mise en œuvre d'un budget flexible à destination des maisons de repos est une piste à investiguer. Ceci dans l'objectif de :

- responsabiliser les maisons de repos dans l'affectation de ce budget ;
- créer une relation de confiance entre Iriscare et les maisons de repos ;
- permettre aux maisons de repos d'affecter ce budget en fonction des besoins de ses résidents et de l'historique de sa structure.

Cette flexibilité doit néanmoins rester limitée, c'est la raison pour laquelle il est proposé de scinder l'enveloppe en deux :

- une partie fixe, encadrée par Iriscare. Ce cadre « minimal » vise à maintenir un certain seuil de ressources humaines, en termes de profil et de nombre, au sein des maisons de repos ;
- une partie flexible, où la maison de repos dispose d'une liberté dans son affectation.

Ce mode de fonctionnement implique une charge administrative :

- d'une part, la maison de repos, doit être en mesure de justifier, à tout moment, les choix opérés (*en quoi participent-ils à la qualité de vie au sein de la maison de repos ?*) ;
- d'autre part, Iriscare, doit être en mesure de vérifier la bonne affectation de ces moyens.

Ce budget flexible doit être pensé en lien avec le projet de vie individualisé de la personne âgée qui tient compte de l'histoire, des habitudes de vie ainsi que des capacités préservées du résident. Ce projet de vie individualisé doit permettre<sup>33</sup> :

- de redonner un rôle social à la personne qui entre en institution ;
- de renforcer la cohésion d'équipe en travaillant ensemble à un objectif commun ;
- de se focaliser sur ce que la personne est (encore) capable de faire en fonction de son histoire de vie et de ses capacités préservées.

Le projet de vie individualisé a déjà été développé en Wallonie. Depuis 2019, « les unités adaptées et unités de vie en journée doivent mettre en place des projets de vie individualisés en tenant compte à la fois de l'histoire et des habitudes de vie du résident mais aussi de ses capacités préservées »<sup>34</sup>.

L'AViQ a développé un mode d'emploi en trois étapes indispensables pour mettre en œuvre ce projet<sup>35</sup> :

1. La **collecte de l'histoire de vie** des résidents par au minimum deux professionnels assignés à cette tâche ;
2. L'**observation des capacités préservées** sur une période de deux à trois mois par tous les professionnels : de l'aide-soignante au médecin coordinateur en passant par la technicienne de surface et les autres professionnels soignants ;
3. Le **développement du projet de vie individualisé en pluridisciplinarité**, moyennant la prise en compte de l'histoire de vie du résident et de la vision holistique de celui-ci grâce aux observations de chacun.



Ainsi, les informations reprises dans ce document doivent orienter les choix de la maison de repos : quels sont les besoins des personnes âgées (physiques et sociaux) ? quelles sont leurs

<sup>33</sup> PAQS. Le projet de vie individualisé pour la personne présentant des troubles cognitifs. <https://www.paqs.be/nl-BE/Actualites/Le-projet-de-vie-individualise-pour-la-personne-pr>

<sup>34</sup> AViQ, Lignes directrices pour la rédaction du projet de vie spécifique d'une unité adaptée ou d'une unité de vie en journée.

<sup>35</sup> PAQS. Le projet de vie individualisé pour la personne présentant des troubles cognitifs. <https://www.paqs.be/nl-BE/Actualites/Le-projet-de-vie-individualise-pour-la-personne-pr>

attentes ? quels professionnels faut-il engager pour répondre à ces besoins et offrir une prise en charge de qualité ? Les choix opérés dans le cadre du budget flexible doivent être réalisés à la lumière de ces informations.

### 3. Développer des idées innovantes.

Les réflexions en cours au sein du secteur sont l'occasion d'innover. Les pistes de réflexion sont nombreuses, nous pouvons notamment soulever :

- Financer les étudiants. Les personnes âgées souhaitent davantage être écoutées et occupées, pour ce faire, les maisons de repos pourraient faire appel à des étudiants. Ces derniers pourraient alors consacrer une partie de leur temps à l'accompagnement des personnes âgées ;
  - Défrayer les aidants proches. Bien que le statut d'aidant proche soit reconnu en Belgique depuis 2014, il n'existe actuellement aucune compensation financière ou fiscale pour ces personnes. Ces acteurs ont un rôle de première ligne dans l'accompagnement des personnes âgées, il serait pertinent d'investiguer un mécanisme de compensation (assimilation de périodes d'interruption de carrière, allocation directe pour les aidants proches ou via les systèmes d'assurance santé/sociale, congés spécifiques, réduction fiscale, etc.)<sup>36</sup> ;
  - Encourager la reconversion professionnelle pour pallier à la pénurie d'infirmiers. Une bourse pourrait être mise à la disposition des demandeurs d'emplois qui voudraient entamer le bachelier infirmier<sup>37</sup>. Pour les personnes activités et en reconversion professionnelle, il pourrait être proposé d'être engagés comme aides-soignants le temps de suivre le bachelier<sup>38</sup>.
4. Entamer le travail de transition vers une autre échelle d'évaluation (« BelRai screener »).

Les travaux sur la mise en œuvre du BelRai screener à Bruxelles peuvent rapidement débuter.

- Quand ? Dès l'année 2023. Les réflexions doivent débuter le plus rapidement possible, la mise en place opérationnelle quant à elle se fera sur le plus long terme ;
- Comment ? Par la mise en place de projets pilotes permettant d'expérimenter graduellement l'outil au sein du secteur ;
- Qui ? Deux possibilités sont à investiguer :
  - o en interne au sein d'Iriscare ;
  - o en externe par un acteur spécifique.Dans les deux cas, la mise en œuvre de cet outil nécessitera des formations adaptées.
- A travers quels moyens financiers ? Deux possibilités sont à investiguer :
  - o via Iriscare ;
  - o via les maisons de repos.

---

<sup>36</sup> Mutualités libres. Comment soutenir les aidants proches ? <https://www.mloz.be/fr/content/comment-soutenir-les-aidants-proches>

<sup>37</sup> Siep. Métiers. Deux pistes pour pallier à la pénurie d'infirmiers. <https://metiers.siep.be/actus/deux-pistes-pour-pallier-a-la-penurie-dinfirmiers/>

<sup>38</sup> *Ibidem*.



### La mise en place du BelRai Screener en Communauté Germanophone

En Communauté Germanophone, un service pour une vie en autonomie a été créé. Il compte aujourd'hui **67 ETP**.

Cette direction s'articule autour d'un directeur et de quatre services :

- le service stratégie, conseil et contrôle des entités subsidiées, composé de 7 ETP ;
- le service orientation/coordination des usagers, composé de 25 ETP ;
- le service d'aide qui travaille à la mise à disposition de moyens (financiers) ainsi qu'à l'accompagnement ambulatoire et l'accompagnement à l'emploi des personnes, composé de 22 ETP ;
- le personnel administratif (logistique interne, finance, etc.), composé de 10 ETP.

L'activité médicale est également reprise. Cette activité s'inscrit dans le cadre très précis du contrôle induit par le transfert des compétences (0,5 ETP) de la sixième réforme d'état (exemple pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées par exemple).

Pour l'implémentation du BelRai Screener, l'outil BelRai a tout de suite fait l'unanimité en revanche, il a été décidé de passer par l'étape du BelRai Screener pour, dans un second temps, monter en puissance à l'horizon 20223 avec le module LCTF.

Cette mise en œuvre est le fruit d'un processus progressif. La Communauté Germanophone a commencé par rendre l'application web disponible dans les maisons de repos. Anticipativement, il y a également eu une démarche en vue, d'une part, de former les formateurs BelRai et, d'autre part, d'organiser des événements d'information sur BelRai à destination des opérateurs principaux (maison de repos).

Sur base du retour d'expérience de la Communauté Germanophone et de la Région flamande, il est possible d'établir la SWOT suivante quant à l'implémentation du BelRai :

Analyse SWOT du BelRai

Forces		Faiblesses	
Stratégique	Opérationnel	Stratégique	Opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le BelRai permet d'identifier les besoins en matière de soins et de qualifier les soins.</li> <li>- Le BelRai engendre une amélioration de la qualité de la prise en charge en ce qu'il permet d'identifier davantage de besoins, donc d'anticiper et de planifier les soins dont la personne âgée aura besoin.</li> <li>- L'outil permet d'obtenir une vision holistique, globale, de l'évaluation du résident (sur le volet médical mais également psychologique, social, cognitif, etc.).</li> <li>- L'objectivité de l'évaluation va être renforcée à travers la mise en œuvre du BelRai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le BelRai permet d'obtenir des résultats détaillés dans des délais très rapides.</li> <li>- Le BelRai aide à l'élaboration d'un plan de soins personnalisé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'outil BelRai n'a pas été envisagé en lien avec le financement des structures de soins. La liaison entre le BelRai et le modèle de financement doit donc faire l'objet de recherches approfondies (notamment en cours de réflexion en Flandre).</li> <li>- Le BelRai ne remplace pas la planification de soins, celle-ci doit faire l'objet d'un suivi spécifique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le BelRai implique une charge administrative plus importante pour l'acteur en charge de la réalisation de l'évaluation.</li> <li>- Pour disposer d'une bonne connaissance de l'outil, un module de formation doit être suivi. Ce module nécessite un investissement en temps relativement important.</li> <li>- La bonne utilisation de l'outil nécessite une certaine accoutance avec le numérique.</li> <li>- Le lien entre l'encodage dans le BelRai et le dossier médical global du résident n'est pas encore réalisé.</li> </ul>

Opportunités		Menaces	
<i>Stratégique</i>	<i>Opérationnel</i>	<i>Stratégique</i>	<i>Opérationnel</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A travers le BelRai il est possible d'identifier des besoins de soins qui n'existent pas dans l'échelle de Katz et qui, sur le long terme, pourraient engendrer un besoin de nouvelles fonctions.</li> <li>- La continuité des soins est assurée à travers l'outil.</li> <li>- Si l'ensemble des Régions adopte cet outil, cela va permettre une uniformité au niveau du territoire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'outil BelRai doit être d'application dans l'ensemble du secteur des soins (maisons de repos, hôpitaux, médecins, aide à domicile).</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La traduction de l'outil BelRai d'une langue nationale vers une autre peut engendrer des mauvaises interprétations.</li> <li>- L'intégration de l'outil BelRai avec les autres programmes existants est manquante.</li> <li>- L'outil BelRai ne répond pas au manque de main d'œuvre observé dans le secteur.</li> </ul>

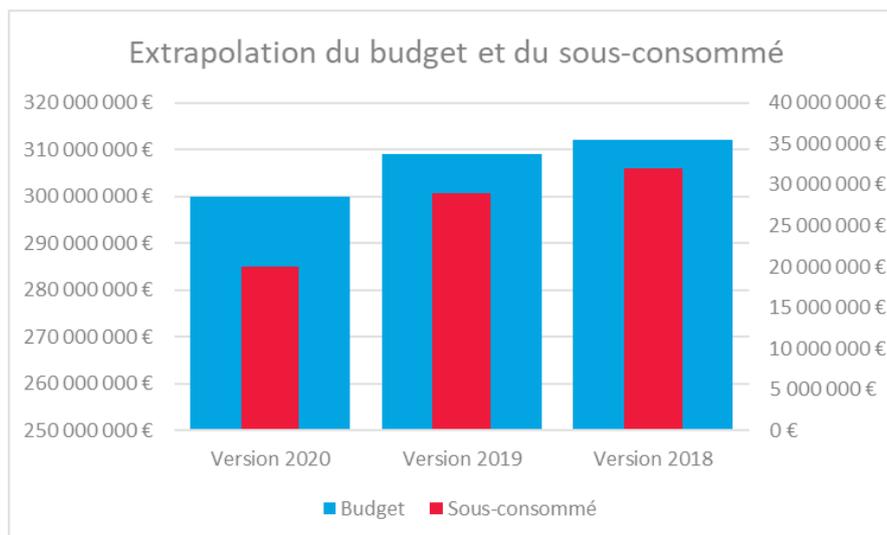
### 3. Capacité financière d'Iriscare

#### 3.1. Identification des sous-consommations par projection

Si nous analysons les marges de manœuvre d'Iriscare pour financer cette réforme, nous proposons de construire une projection budgétaire sur base des places historiques.

En effet, en 2018 il y avait plus de places financées qu'aujourd'hui et si nous considérons qu'en 2021 le nombre était resté identique, les dépenses auraient également été bien plus conséquentes que les dépenses effectivement observées. Nous proposons de réaliser une projection sur base de la situation des places financées en 2018 (soit 13.132 places), 2019 (soit 12.920 places) et 2020 (soit 12.520 places).

Le budget extrapolé selon ce nombre de places est représenté en bleu dans le schéma ci-dessous et le sous-consommé calculé est représenté en rouge. Ce sous-consommé est basé sur la différence entre le nombre de places financées historiques et le nombre de places financées actuellement.



Malheureusement, dans un principe de bonne gestion, ce sous-consommé théorique a déjà été réaffecté pour d'autres dépenses de la Région bruxelloise. A ce stade, il semblerait néanmoins se dégager un sous-consommé approximatif de 14 millions<sup>39</sup> d'euros mais qui fera sans doute l'objet de toutes les attentions lors de la confection du budget 2023 de la Région bruxelloise.

#### 3.2. Identification des alternatives financières

Nous identifions dans la section suivante sept mécanismes représentant pour Iriscare des alternatives financières.

##### 3.2.1. Un mécanisme de rétrocession/péréquation socio-économique

<sup>39</sup> Montant calculé par la différence entre le Forfait basé sur les dépenses prévisibles du 1/1/2022 au 31/12/2022 et le forfait basé sur les projections pré-covid.

A l’instar du mécanisme relatif au calcul de la participation parentale au placement d’un enfant en milieu d’accueil présent à l’ONE, la rétrocession consisterait à retirer un montant aux maisons de repos touchant en moyenne une participation aux frais de séjours élevée. Ce montant prélevé serait réaffecté à Iriscare afin de financer :

- soit les structures où le Coût (participation aux frais de séjour) serait inférieur à la moyenne
- soit de venir alimenter la caisse globale d’Iriscare (afin de financer le forfait Iriscare par exemple).

Selon l’étude de la Femarbel, le prix moyen à Bruxelles dans le secteur public était 52,98€. Dans l’éventualité du mécanisme précité, il serait question d’appliquer un pourcentage pour les maisons de repos du secteur privé (commercial et associatif) qui appliquent une participation supérieure à la moyenne du secteur public. Un prélèvement de 10% des montants supérieurs pourrait représenter un montant approximatif de : 2.082.080,09€.

Alternative financière représentant : 2.082.080,09€.

Pour ce calcul, nous nous basons sur le montant moyen du secteur privé commercial (= 59,46€) et du secteur privé associatif (= 60,37€). Nous multiplions les différences entre le secteur public et le secteur privé commercial/ associatif par 365 ainsi que par le nombre de places des secteurs<sup>40</sup> (privé commercial = 6911 lits, privé associatif = 1659 lits). Ensuite, nous appliquons le forfait de 10%.

	Montant moyen	Différence	Lits	10%
Public	52,98			
Privé Commercial	59,46	6,48	6911	1 634 589,72 €
Privé Associatif	60,37	7,39	1659	447 490,37 €
			<b>Contribution</b>	<b>2 082 080,09 €</b>

### 3.2.2. Un financement basé sur le revenu de la personne

Ce mécanisme de financement s’inspire des modalités de financement existantes dans d’autres pays européens où le forfait de soins/accompagnement (dans ce cas-ci, le forfait Iriscare) est conditionné aux revenus et au patrimoine du bénéficiaire. Une grille serait réalisée pour fixer les montants d’intervention d’Iriscare sur l’échelle revenu/patrimoine.

Un bénéficiaire fragilisé financièrement engendrerait un financement complet de son profil alors qu’un profil plus aisé financièrement engendrerait un financement partiel de son profil ce qui occasionnerait une charge financière complémentaire du résident.

Afin d’éviter toute contestation relative à la mise en œuvre d’un financement différencié pour les soins vitaux, il est également possible d’attacher cette règle à la nouvelle norme d’encadrement (personnel de table, personnel logistique, etc.) qui serait explicitement liée à l’occupationnel et non aux soins directs.

<sup>40</sup> Selon les journées facturées en 2021

Si nous considérons arbitrairement que 25%<sup>41</sup> des résidents dans le secteur privé (commercial et associatif) disposent de revenus élevés et que nous considérons une économie de 12,00€ du forfait (soit l'équivalent du forfait O octroyé par Iriscare lors de la période de référence 2020-2021) par jour et par personne. Ce montant représenterait un montant approximatif de 4.380€ par année. Nous pouvons estimer une économie potentielle du forfait octroyé par Iriscare de 9.384.000€

Alternative financière représentant : 9.384.000€.

### 3.2.3. *Un financement collectif et solidaire*

L'exemple récent de la Région wallonne avec l'assurance autonomie est ici mis en exergue. Le but de ce projet d'assurance autonomie était de répondre au défi du vieillissement de la population et de sa prise en charge.

La proposition reposait sur la cotisation solidaire et forfaitaire pour l'ensemble des habitants de plus de 26 ans. A noter qu'en Flandre, une assurance autonomie (« *zorgverzekering* ») a été instaurée par le décret du 30 mars 1999.

En ce qui concerne le prélèvement et les exceptions, des exonérations étaient prévues pour les sans-abris, les personnes détenues en prison ou internées dans des établissements de défense sociale, les bénéficiaires du revenu d'intégration (RIS) et les bénéficiaires de la GRAPA. La perception des cotisations était prévue par les organismes assureurs.

A titre d'exemple, la population active occupée en Région de Bruxelles Capitale se compose en 2019 de 461.800 personnes<sup>42</sup>. Si nous appliquons le forfait annuel de 50,00€<sup>43</sup> par personne occupée par un travail nous obtenons déjà un montant de 23 millions d'euro. Ce montant devrait être affiné avec d'autres composantes mais il donne déjà une idée du montant minimal attendu.

Alternative financière représentant : 23.000.000€.

### 3.2.4. *Ouverture de l'hypothèque légale au secteur des maisons de repos*

Nous abordons ici le mécanisme de récupération de moyens selon le modèle d'hypothèque légale qui existe au sein des CPAS et qui est souvent appliqué quand la pension, ou autres revenus de la personne, sont insuffisants pour payer tous les frais de la maison de repos et/ou de soins. Cette hypothèque peut se faire au détriment des héritiers et légataires lors du décès du bénéficiaire.

Dans le cas des CPAS, tous les frais d'aide sociale peuvent dès lors faire l'objet d'une récupération auprès du bénéficiaire qui possède un patrimoine immobilier (même, par exemple, des frais de soins de santé).

<sup>41</sup> Ce pourcentage se situe en dessous des 30% de déclarations se situant dans les classes de revenus supérieurs (30.000-40.000, 40.000-50.000 et > 50.000). Source : IBSA.

<sup>42</sup> ÉTAT DES LIEUX LE MARCHÉ DE L'EMPLOI EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE, rapport 2020, View.brussels

<sup>43</sup> Ce montant est le montant qui était initialement évoqué en Région Wallonne et celui existant en Flandre.

Dans un objectif d'augmenter la participation privée du résident (participation aux frais de séjour), ce mécanisme serait autorisé au sein du secteur des maisons de repos afin de conserver une accessibilité du secteur résidentiel aux personnes âgées.

La concrétisation se ferait par une augmentation des normes sans augmentation du financement. Le secteur devra dès lors augmenter la participation du résident. Afin de ne pas tout rejeter sur les CPAS, ce mécanisme viendrait compenser l'augmentation de la participation aux frais de séjours et permettre une accessibilité des services au plus grands nombres.

Bien qu'il puisse s'agir d'une piste de financement (augmentation la participation des frais de séjour par hypothèque de son patrimoine), la proposition semble moralement douteuse d'autant qu'augmenter le poids des dépenses sur la population bruxelloise qui est fragilisée socio-économiquement n'est pas nécessairement louable.

### **3.2.5. Requalification de lits hospitaliers**

Il s'agit d'un mécanisme qui vise le transfert de lits médicalisés au sein d'une maison de repos afin de bénéficier du financement fédéral relatif aux lits hospitaliers. L'exemple se situe à proximité de l'Allemagne dans la maison de repos d'INAGO qui a développé en collaboration avec l'hôpital d'Eupen une unité hospitalière de six lits mis à la disposition de malades en phase avancée ou terminale de leur maladie et dont la situation requiert des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux.

Il est important de préciser que ce mécanisme requiert une collaboration forte avec un hôpital, une modification d'arrêtés royaux, un encadrement différencié (médical et paramédical plus important) mais qu'il offre un financement supplémentaire émanant du fédéral.

Compte tenu de la crise du modèle, il pourrait s'agir d'une possibilité de travailler à un nouveau modèle avec une médicalisation affirmée et financée de certains profils. Avec une diminution des lits justifiés<sup>44</sup> observée dans le secteur hospitalier, les discussions des éventuelles reconversions de lits hospitaliers (vers plus de lits « SP », soins palliatifs) devraient être suivies par Iriscare et le secteur afin de saisir l'opportunité de moyens complémentaires.

Cette opportunité est à relier avec le rapport de la KCE<sup>45</sup> de 2017 qui préconise une augmentation de 7% des journées en « lit soins palliatifs » entre 2017 et 2025.

## Alternative par le financement complémentaire de l'Inami

### **3.2.6. Redistribution interne**

Il s'agit d'un mécanisme de redistribution des ressources financières ou humaines selon une meilleure adéquation des ressources face aux besoins.

Il convient de préciser que si un cadre financier identique doit être imposé (faire mieux ou différemment avec des moyens identiques), il convient de travailler à l'identification de nouvelles normes sans tabou sur les diplômes, sur les profils, sur les actes ...

<sup>44</sup>[https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/donnees\\_phares\\_soins\\_d\\_e\\_sante\\_hg\\_v07.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/donnees_phares_soins_d_e_sante_hg_v07.pdf)

<sup>45</sup> CAPACITÉ HOSPITALIÈRE NÉCESSAIRE EN 2025 ET CRITÈRES DE LA MAÎTRISE DE L'OFFRE POUR LA CHIRURGIE ONCOLOGIQUE COMPLEXE, LA RADIOTHÉRAPIE ET LA MATERNITÉ, 2017, KCE

A titre d'exemple, si nous considérons la terminologie et les barèmes IFIC nous pourrions imaginer la nouvelle représentation suivante des normes d'encadrement :

<i>Norme MRS actuelle</i>							
	Total	30 lits B	30 lits C	30 lits Cd	30 lits D		
65 237,20 €	17,5	5	5	5	2,5	3 727,84 €	Infirmière
66 842,81 €	23,3	5,2	6,2	6,7	5,2	2 868,79 €	Aide Soignante
						2 617,52 €	Aide Logistique
						2 776,50 €	Secrétaire
						3 727,84 €	Educateur
132 080 €	40,8	ETP					Total
<i>Norme avec nouvelle répartition</i>							
54 053,68 €	14,5	4	4	4	2,5	3 727,84 €	Infirmière
55 367,65 €	19,3	4,2	5,2	5,7	4,2	2 868,79 €	Aide Soignante
10 470,08 €	4	1	1	1	1	2 617,52 €	Aide Logistique
8 329,50 €	3	1	1	1		2 776,50 €	Secrétaire
3 727,84 €	1	0,3333	0,3333	0,3333		3 727,84 €	Educateur
131 949 €	41,8	ETP					Total

La réaffectation des ressources vers du personnel d'assistance (administratif et logistique) permettrait de dégager des ressources pour financer un éducateur (dans cet exemple).

Cette proposition peut être reliée à la demande du secteur de financer les profils « d'assistance » tels que des assistantes logistiques, des employés administratifs, du personnel de salle, etc. Ce personnel qui, dans les faits, vient déjà soulager le personnel en place soignant au sein des établissements.

**!** Des divergences sont tout de même observées au sein du secteur, certains acteurs de terrain indiquent qu'il ne faut en aucun cas diminuer le nombre d'infirmier en place au profit de personnel « d'assistance ».

Notons que les normes prévoient principalement du personnel infirmier et soignant. Ceci reflète largement un modèle « medico-infirmier », de soins infirmiers plutôt qu'une approche globale en termes de soins. Rehausser la présence de personnel de réactivation, actuellement trop peu présent, vise à permettre une certaine flexibilité au sein des maisons de repos en leur permettant une plus grande palette dans le choix de profils en tenant compte des besoins particuliers des résidents et de l'historique de la maison.

Pour développer le potentiel de cette refonte des normes, il convient de considérer la mise en œuvre du financement avec une nouvelle échelle d'évaluation (par exemple, l'échelle BelRai).

Alternative à cout nul

### 3.2.7. Un lit « multi-agrément »

Il s'agit d'une approche qui serait à considérer dans une logique « multi-agrément » d'un lit de maison de repos. L'objectif réside principalement dans une gestion agile du financement d'un lit. Ce cadre multi agrément engloberait le mécanisme du forfait Iriscare pour les maisons de repos (MR - MRS - Court Séjour) mais devrait également intégrer les autres mécanismes comme l'hébergement de personnes handicapées par exemple. Ce multi agrément devrait ouvrir le

droit à la structure d'utiliser le lit (et son financement) selon la situation du résident et non sur base de critères administratifs (agrément historique du lit). Dans un contexte élargi, la maison de repos pourrait disposer de la flexibilité pour utiliser un lit comme une résidence service, comme un hébergement « simple » pour personne âgée (allusion à une forme de kot pour personne âgée) ou comme un lit MRS traditionnel.

Pour aboutir à ce partage des agréments, une souplesse administrative serait nécessaire ce qui engendrerait certaines modifications d'ordonnances.

L'objectif est une agilité administrative qui conduirait à une meilleure utilisation des lits, une meilleure adéquation entre les besoins du résident et l'accompagnement offert par un financement systématiquement adapté.

Alternative financière indirecte