

Le Bien Vieillir

Cahier 2



Lieux de vie :

une diversité, une complémentarité et un va-et-vient
entre les services pour « bien vieillir »



UNIPSO

SOMMAIRE

Introduction	3
État des lieux	5
Repères et tendances.....	5
<i>En institution ou à domicile?</i>	5
<i>Quel profil ?</i>	6
Dépendance.....	6
Sociodémographique	7
<i>Coût des différents services pour l'Etat</i>	8
<i>Et pour l'usager ?</i>	8
L'offre de lieux de vie	10
<i>Les protocoles d'accords</i>	11
<i>Les services à domicile ou extra muraux</i>	11
La coordination des soins	12
Les centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD).....	12
Les services intégrés des soins à domicile (S.I.S.D.)	12
Les services de soins	13
Les services d'aides aux familles et aux aînés (SAFA).....	13
Les autres services.....	14
Les centres de télé accueil.....	14
Les services sociaux	14
Les services de santé mentale (SSM).....	15
<i>Les services intra muraux</i>	15
Les maisons de repos (MR)	15
Les maisons de repos et de soins (MRS).....	15
Les unités d'accueil spécifiques pour personnes désorientées	16
Les résidences services (RS) :	17

Les résidences services sociales	17
Les services gériatriques des hôpitaux.....	18
Les programmes de soins gériatriques (PSG).....	18
Les hôpitaux gériatriques isolés (service « G » isolé)	18
<i>Service trans-muraux</i>	18
Les centres d'accueil de jour (CAJ) et centres d'accueil de nuit et/ou de soirée.....	19
Les centres de soins de jours (CSJ)	19
Les infrastructures de courts séjours (CS).....	20
Les hôpitaux de jour gériatriques.....	20
<i>Projets alternatifs</i>	20
Les habitats groupés	21
L'accueil familial	21
L'habitat kangourou	21
Les centres communautaires et les maisons d'accueil communautaires (MAC).....	22
Les centres de services communs	22
Les communautés de l'intergénérationnel.....	22
Pour conclure.....	22
Les besoins évoluent : priorités de l'UNIPSO.....	23
Garantir la qualité et l'accessibilité (géographique et financière) de tous les services d'accompagnement de la personne âgée	24
Etablir une stratégie claire, proactive et globale de l'accompagnement des personnes âgées et créer une politique plus cohérente	24
<i>Saisir l'occasion du transfert de compétences pour créer une collaboration entre tous les services et les secteurs existants</i>	25
<i>Un travail en réseau autour de la personne aidée</i>	25
<i>Veiller à la complémentarité des métiers d'accompagnement</i>	25
<i>Veiller à une cohérence et une transversalité entre politiques de santé, d'action sociale, du logement et de la mobilité</i>	26
<i>Adapter le système de financement de la dépendance</i>	26
Mettre en œuvre des moyens d'information sur les services disponibles	26
Evaluer les politiques d'accompagnement de la personne âgée.....	27

Développer la prévention pour éviter la perte d'autonomie des personnes âgées.....	28
Renforcer et stimuler l'innovation sociale dans l'accompagnement des personnes âgées.....	28
Développer et soutenir la vie à domicile en réponse au besoin d'autonomie des personnes âgées.....	29
<i>Assurer un soutien structurel aux services d'aide et de soins à domicile.....</i>	<i>30</i>
<i>Soutenir la qualité et la continuité des soins infirmiers à domicile.....</i>	<i>31</i>
<i>Renforcer l'encadrement et la supervision des prestataires au domicile.....</i>	<i>31</i>
<i>Développer l'accompagnement de la santé mentale à domicile.....</i>	<i>32</i>
<i>Réaliser des projets d'hospitalisation à domicile (HAD).....</i>	<i>32</i>
<i>Revoir les barèmes de contribution de l'usager.....</i>	<i>33</i>
<i>Valoriser et soutenir l'aidant proche.....</i>	<i>33</i>
<i>Adapter les logements aux problématiques de la vieillesse et du handicap.....</i>	<i>34</i>
<i>Développer les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC).....</i>	<i>35</i>
Soutenir et développer les structures de jour.....	36
Soutenir les infrastructures d'accueil résidentielles existantes, permanentes et temporaires sur tout le territoire.....	36
<i>Assurer le financement des MR et MRS existantes suite au transfert de compétences pour répondre à l'évolution des besoins.....</i>	<i>36</i>
<i>Créer de nouvelles places de court-séjour (CS).....</i>	<i>37</i>
<i>Impliquer les personnes âgées dans la décision d'entrée en MR(S).....</i>	<i>38</i>
<i>Permettre l'ouverture des MR(S) vers l'extérieur.....</i>	<i>38</i>
<i>Permettre le droit au risque.....</i>	<i>39</i>
<i>Revoir l'échelle de Katz.....</i>	<i>39</i>
<i>Evaluer l'évolution de la dépendance des personnes âgées en MR/MRS.....</i>	<i>40</i>
<i>Développer les alternatives temporaires à l'hospitalisation.....</i>	<i>40</i>
<i>Soutenir la création de nouvelles places/lits gériatriques.....</i>	<i>40</i>
Compléter l'offre de logements adaptés aux personnes âgées.....	40
<i>Soutenir et évaluer les initiatives de logements alternatifs.....</i>	<i>41</i>
<i>Promouvoir les résidences services.....</i>	<i>41</i>
<i>Encourager le développement des résidences services sociales.....</i>	<i>42</i>
<i>Promouvoir des logements évolutifs, modulables et modulaires.....</i>	<i>42</i>

Développer l'accueil des personnes handicapées (physiques et mentales) vieillissantes.....	42
<i>Créer une coordination entre les services avec les maisons de repos.....</i>	<i>43</i>
<i>Développer l'accompagnement lors des hospitalisations.....</i>	<i>43</i>
Conclusion.....	45

Liste des figures

Figure 1: Nombre relatif de personnes de 60 ans et plus selon leur statut et leur catégorie d'âge (2007).....	5
Figure 2: Nombre absolu de personnes de 60 ans et plus selon leur statut et leur catégorie d'âge (2007).....	6
Figure 3: Profil des résidents en MR.....	7
Figure 4: Profil des résidents en MRS.....	7
Figure 5: Prix journalier moyen par instance de gestion et province.....	9
Figure 6: Pourcentages de services d'aide à domicile proposant d'autres services que l'aide familiale.....	13

Liste des tableaux

Tableau 1: Prix journaliers des établissements pour l'utilisateur, par secteur et par région.....	9
Tableau 2: Programmation du nombre de lits MR.....	15
Tableau 3: Programmation et exploitation de lits MRS.....	16
Tableau 4: Répartition des maisons de repos en Wallonie (selon la taille et le secteur d'activité).....	16
Tableau 5: Répartition des RS (établissements/logements) entre les 3 secteurs.....	17
Tableau 6: Programmation et exploitation de places de CAJ.....	19
Tableau 7: Programmation et exploitation de places de CSJ.....	19
Tableau 8: Programmation et exploitation de lits de CS.....	20

Introduction

Lorsque l'on parle de lieu de vie, on touche à « l'espace domiciliaire » qui engage l'estime de soi, mais aussi l'identité, l'identification sociale et la gestion des relations. Il est donc très important de pouvoir le choisir en toute liberté. Penser les lieux de vie des aînés aujourd'hui implique donc de prendre en considération les parcours de vie, dans leur évolution et leur diversité. Les personnes âgées doivent être rassurées quant au fait qu'elles pourront toujours vivre dans un cadre correspondant à leurs attentes et besoins. Cela nécessite la mise œuvre d'un délicat **équilibre** renvoyant à la **diversité des aspirations et besoins individuels** et au **potentiel de développement de services et d'offres d'hébergement**.

La volonté en abordant cette problématique est de faire écho aux différents constats devant lesquels se (re)trouvent beaucoup de personnes âgées et leur entourage : manque de place en institution, difficultés pour trouver une solution de répit ou de court séjour, manque de solutions alternatives aux limites du maintien à domicile, coût de certaines structures. Pour les personnes handicapées vieillissantes, l'hébergement et l'accompagnement au-delà de 60 ans pose également de nouveaux défis. Il faut ajouter à ces constats le manque de moyens pour les services afin qu'ils puissent développer une offre adaptée à la demande.

Le vieillissement de la population nécessite donc des **solutions en suffisance** pour faire face à l'éventuelle perte d'autonomie des personnes âgées mais surtout pour **permettre une continuité d'accompagnement tout au long du parcours des personnes, à tous les âges de la vie**. Ce qu'il faut mettre en place aujourd'hui c'est une approche globale et transversale de l'accompagnement des aînés.

La sixième réforme de l'Etat doit être l'occasion d'entamer une telle approche. L'accord institutionnel d'octobre 2011 prévoit d'ailleurs l'homogénéisation de la politique des personnes âgées et des soins « long care ». Cela se traduit notamment par le transfert de l'ensemble du secteur des

maisons de repos aux Communautés et aux Régions. Il s'agit du plus grand transfert dans le secteur des soins de santé. Il faut tirer profit de ce transfert de compétences pour **associer les différents acteurs socio-économiques à la reconfiguration dans la mutualisation des coûts de la dépendance**. Ce transfert doit être l'occasion d'évaluer l'ensemble des budgets, d'analyser de manière comparative le coût des différentes formes d'accompagnement (à niveau de dépendance donné) pour les pouvoirs publics et pour les usagers. Il peut enfin être une opportunité pour analyser la pertinence de développer un plan d'aide et de soin lié à l'octroi de l'APA, de développer une assurance-dépendance et à la réorientation d'une partie du budget des titres-services à l'aide aux personnes âgées par exemple. Il est en tout cas primordial d'anticiper ce transfert et de réfléchir à une politique cohérente et à une intégration de tous les acteurs dans la mise en place de la politique relative aux personnes âgées qui permette un continuum et une qualité renouvelée d'accompagnement.

Tous les secteurs de l'accompagnement des aînés doivent se retrouver autour d'une même table pour adopter une **vision cohérente** et développer, en conséquence, **une offre concertée, plausible, et budgétairement viable**. Dans ce cadre, institutions et domicile ne doivent pas être considérés comme deux pôles opposés, mais au contraire se répondre l'un à l'autre et se compléter, dans une optique de complémentarité¹.

Le présent livret met l'accent sur l'importance d'investir dans des lieux de vie de qualité, à taille humaine, accessibles à tous, non seulement en soutenant les acteurs historiques de l'aide aux personnes mais également en investissant dans la diversité et les expériences innovantes. La volonté est affirmée de développer une offre de lieux de vie centrée sur la personne âgée, ses besoins, ses aspirations et sur un **continuum d'accompagnement qui permettent des allers-retours, des va-et-vient sereins entre les lieux de vie disponibles**.

¹ CARLSON, A., « Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ? », Fondation Roi Baudouin, 1998.

État des lieux

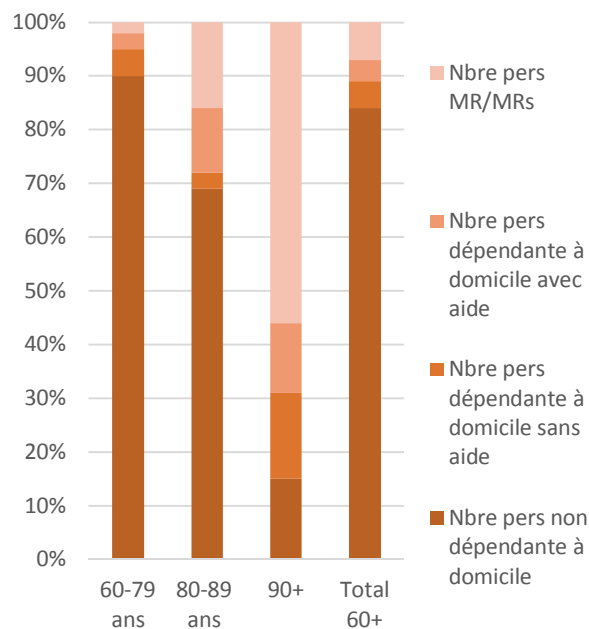
Dans un premier temps, il s'agit de dresser un aperçu de la proportion des personnes âgées vivant respectivement à domicile et en institution classique et d'établir leur profil. L'idée est de mettre en évidence que l'avancée en âge implique parfois des changements de lieux de vie ou suppose des changements de modes et de conditions de vie (comme le recours à des services) auxquels il est bon de se préparer. Il est clair, par ailleurs, qu'outre le domicile et les institutions de type maison de repos (MR) ou maison de repos et de soin (MRS), il existe une multitude d'autres formes de lieux de vie et de services pour accompagner les personnes âgées.

Il est également paru important d'ouvrir le débat en s'arrêtant un instant sur le coût des différentes formes d'accompagnement des personnes âgées et ce tant pour l'Etat que pour les bénéficiaires eux-mêmes. Cette question est assez essentielle au vu, d'une part, des remaniements qui seront opérés au sein de la politique d'accompagnement suite, notamment, au transfert de compétences couplé à un contexte budgétaire tendu et, d'autre part, quand l'accessibilité des services et des structures est menacée.

Nous poursuivrons par une présentation de l'offre actuelle en matière de lieux de vie et de services. Ce sera l'occasion de se rendre compte de l'éventail de services déjà existants et des solutions alternatives proposées, mais aussi de réaliser à quel point ceux-ci semblent cloisonnés. Les aides et les soins à domicile, les maisons de repos, les hôpitaux, les autres logements et services coexistent dans l'environnement de la personne âgée mais paraissent dissociés. Il n'est pas toujours aisé d'imaginer des ponts et des synergies (qui pourtant existent déjà à certains niveaux) entre les secteurs. Ces liens et cette complémentarité ont beaucoup à apporter à un meilleur accompagnement des personnes âgées.

Repères et tendances

Figure 1: Nombre relatif de personnes de 60 ans et plus selon leur statut et leur catégorie d'âge (2007)



Source : cabinet de la ministre Tillieux, 2012

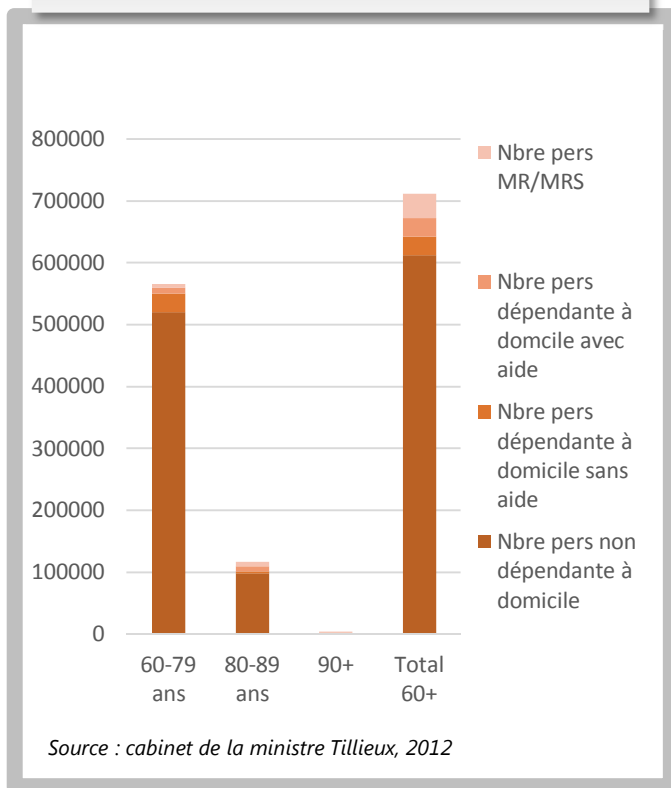
En institution ou à domicile?

Selon un récent rapport de l'UCL², 8,3% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent en institution en Wallonie (5,8% en Flandres). 4,9% (2,5% en Flandres) vivent en MR et 3,4% (3,3% en Flandres) en MRS. Ainsi, une majorité des personnes de plus de 65 ans vivent toujours chez elles en autonomie, en

² NYSSSENS, M., DEGRAVE, F., "care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy", 2012.

faisant parfois appel à des services d'aide et de soins à domicile et/ou à des aidants proches et/ou à des services de répit. Entre 90 et 94 ans, cependant, elles ne sont plus que 55% à vivre à domicile (avec ou sans aide). A 95 ans ou plus, le nombre chute même à 19%³.

Figure 2: Nombre absolu de personnes de 60 ans et plus selon leur statut et leur catégorie d'âge (2007)



Quel profil ?

Dépendance

Le taux d'institutionnalisation en MR et MRS augmente fortement avec l'âge, le profil des personnes âgées qui vivent en maison de repos évolue donc. Les résidents sont plus de plus en plus âgés, ils sont plus dépendants, ont besoin de plus de soins et présentent des polyopathologies ou de la démence⁴.

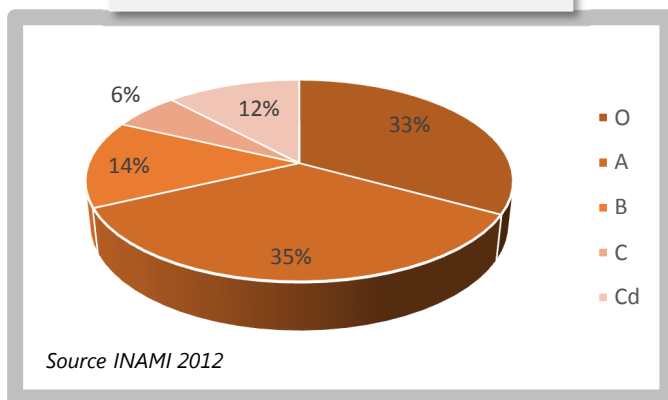
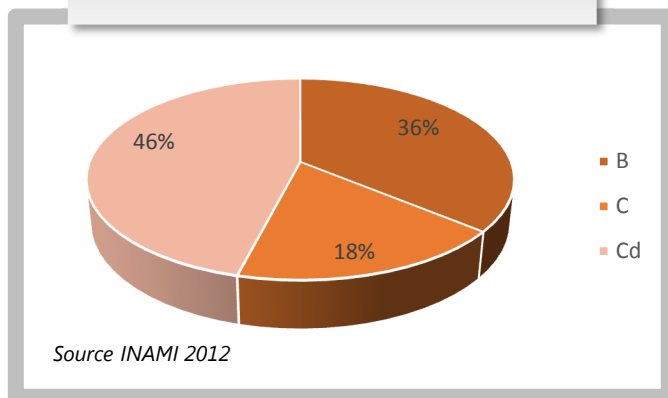
Pour mesurer **le niveau de dépendance**, les professionnels se réfèrent à une échelle appelée « **échelle de Katz** ». Cette dernière établit six critères d'évaluation physique (se laver, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, aller aux toilettes, incontinence, manger et boire) et deux critères d'évaluation psychique (orientation dans le temps et dans l'espace). Selon la combinaison des scores pour chaque critère, la personne est classée dans une catégorie de dépendance déterminée (O, A, B et C), « O » étant le niveau de dépendance le plus bas. À la lecture des données ci-dessous, on réalise que **33% des personnes qui vivent MR sont catégories « O »** (figure 3).

La dépendance n'est bien sûr pas la raison essentielle d'une entrée en MR ou MRS, il existe une panoplie d'autres situations pouvant mener à une institutionnalisation (perte familiale, sentiment de solitude, placement forcé, etc.), mais cette proportion peut ouvrir le champ de la réflexion.

Le profil des personnes ayant recours à **des aides à domicile** est lui aussi en évolution. Les personnes prises en charge dans ce cadre sont **de plus en plus âgées**. Bien que ces services soient ouverts à d'autres publics (familles, personnes handicapées), les personnes âgées sont les plus grandes utilisatrices des services d'aide à domicile. Les personnes âgées représentent **plus de 70 % des bénéficiaires** des

³ www.econosoc.be/?rub=actualite&rub=actualite&page=dossier_age#1.

⁴ CHARLOT V., COBBAUT N. « La maison de repos du 21ème siècle : un lieu de vie convivial, soins inclus », Roi Baudouin, Ed. namuroises, juin 2006.

Figure 3: Profil des résidents en MR**Figure 4: Profil des résidents en MRS**

services. Une personne âgée sur 10, entre 65 et 74 ans, et une personne âgée sur 5, à partir de 75 ans, font appel à un service d'aide à domicile⁵.

⁵ « Coûts du handicap, de la maladie : Quelque(s) Réalité(s) financière(s) et autres », Observatoire ASPH de la Personne Handicapée, étude 2010.

Une étude des mutualités chrétiennes fait état que « Chez les personnes âgées de 65 à 74 ans, 5,2 % ont eu recours à un service d'aide à domicile au cours des douze derniers mois. Mais chez les personnes âgées de 75 ans et plus, cette proportion grimpe jusqu'à 28% »⁶. Ces personnes peuvent souffrir de pathologies très lourdes ou encore être atteintes de différentes formes de troubles mentaux⁷. Le **risque de dépendance augmente** vraisemblablement avec l'âge. 30 % des plus des personnes de plus de 90 ans vivant à domicile sont dépendantes.

Sociodémographique

Une récente étude de la Fondation Roi Baudouin⁸ (voir tableau page 9) montre effectivement qu'il y a beaucoup plus de personnes plus âgées dans les maisons de repos comparativement aux personnes vivant à domicile (40 % vs. 9 %). Cette étude nous apprend aussi qu'on y retrouve **plus de femmes** (72 % vs. 57 %), **plus de personnes veuves** (66 % vs. 39 %), **de célibataires** (14 % vs. 7 %) et **moins de couples** (13 % vs. 47 %). Au niveau des revenus et de la nationalité des personnes, il n'y a, par contre, pas de différences importantes.

⁶ ANMC, « Le vieillissement, un enjeu collectif », dossier thématique n°5, mai 2005, p.33.

⁷ « Travailler comme aide familiale à domicile », Principaux résultats de l'enquête PROXIMA, Direction générale Humanisation du travail, Septembre 2006.

⁸ VANDENBROUCKE, S., VERMEULEN, B., MAGGI, P., DELYE, S., GOSSET, Ch., LEBRUN, J-M., DECLERCQ, A., « Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique », FRB, mars 2012. Dans cette étude, au total, 1.210 interviews ont été réalisées auprès de seniors vivant en autonomie en Belgique. À Bruxelles, il a été procédé à 404 interviews, contre 406 en Flandre et 400 en Wallonie. Afin de garantir la fiabilité statistique des conclusions concernant le groupe des seniors résidant dans les centres de soins, 297 interviews y ont été exécutées, dont 107 à Bruxelles, 91 en Flandre et 99 en Wallonie. Les résultats ont ensuite été pondérés.

Coût des différents services pour l'Etat

Une étude de l'UCL⁹ fait état que les dépenses par tête pour les **soins résidentiels** sont considérables en Wallonie et ce comparativement aux dépenses pour les **services à domicile** (« *service in kind* ») ou l'allocation aux personnes âgées ou encore les titres services (« *allocation for disabled older people* » et « *vouchers* ») et ce pour les personnes dépendantes. Selon une étude de la mutualité chrétienne¹⁰, ce sont également les séjours en structure résidentielle qui génèreraient plus de frais à charge de l'Assurance Maladie Invalidité (AMI) en comparaison avec les séjours occasionnés par des personnes soignées à domicile. Il faut souligner à ce titre que le **niveau de dépendance des personnes va jouer un rôle déterminant dans les coûts**. Ainsi, plus la personne est dépendante, plus les frais de santé s'accumulent.

A l'avenir, on le sait, les finances publiques seront mises sous pression et les calculs de dépenses publiques¹¹ sont évidemment à prendre en compte dans l'évaluation des budgets. Pourtant, **les chiffres avancés par les études** (volontairement non repris dans le cahier) **étonnent les secteurs concernés**. Les estimations ne prennent pas en considération tous les paramètres qui interviennent dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes. Les conclusions qui pourraient en être tirées seraient erronées. **Il faut comparer les interventions (pas seulement les soins) qui autorisent le maintien à domicile avec les prestations fournies dans le cadre institutionnel et ce pour la même catégorie de personnes âgées**. La prise en charge au domicile n'est pas continue certes, mais il existe une multitude de services qui permettent le maintien ou simplement la vie à domicile et il faut qu'ils soient pris en compte dans les coûts lorsqu'il s'agit d'établir des

comparaisons. Des études plus précises et en collaboration avec les secteurs sont souhaitables.

Et pour l'utilisateur ?

Selon les données du **SPF Economie en 2012**, le coût moyen pour le séjour **d'un mois dans une MR** en Wallonie s'élève à **1.045€**, soit **37€ par jour en moyenne**. Cependant il ne s'agit ici que des **frais d'hébergement sans que soit tenu compte des autres frais supplémentaires** à charge des résidents (tels que les prestations du médecin, les frais pharmaceutiques, l'entretien du linge, les frais de coiffure, etc.).

A ce propos, **Espace Seniors¹² et le mouvement social des aînés** (UCP aujourd'hui Enéo)¹³ ont réalisé **une étude en janvier 2011¹⁴** pour estimer le montant moyen de ces suppléments¹⁵. Ils ont obtenu une estimation moyenne (**frais d'hébergement + suppléments à charge des résidents**) **d'un montant de 1.371,90€ par mois**. Or, près d'un tiers des pensionnés vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1.000€ par mois en 2012 pour un isolé) et la pension légale moyenne atteint à peine ce niveau. Pour beaucoup de pensionnés, le coût d'un séjour en maison de repos est donc **bien trop élevé**. La situation est encore plus dramatique pour un couple de pensionnés quand l'un des conjoints doit entrer dans une maison de repos et l'autre pas.

Le maintien à domicile n'apparaît pas pour autant comme la solution idéale dans tous les cas. En effet, quand elles sont soignées à domicile, les personnes âgées doivent supporter plus de frais de santé que les personnes séjournant en structure résidentielle. En effet dans les structures, il reste en

⁹ DEGRAVRE, F., NYSENS, M., "Care regime on the move: comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy", CIRTES-UCL, 2012.

¹⁰ MC-Ins 236, juin 2009.

¹¹ Pour plus d'informations sur les frais à charge de l'INAMI consulter le site www.inami.fgov.be.

¹² www.espace-seniors.be

¹³ www.eneo.be

¹⁴ « Vivre en maison de repos : à la portée de tous ? », Balise UCP n°32, janvier 2011.

¹⁵ Sur base d'un échantillon de 183 factures provenant d'institutions (MR et MRS) wallonnes et bruxelloises.

général moins de frais annexes au-delà du « prix de journée ¹⁶ » dont elles doivent s'acquitter.

Rappelons en outre que le niveau de dépendance va jouer un rôle déterminant dans les coûts. Cette tendance s'observe dans tous les types de séjours étudiés que ce soit résidentiels, à domicile ou mixtes.

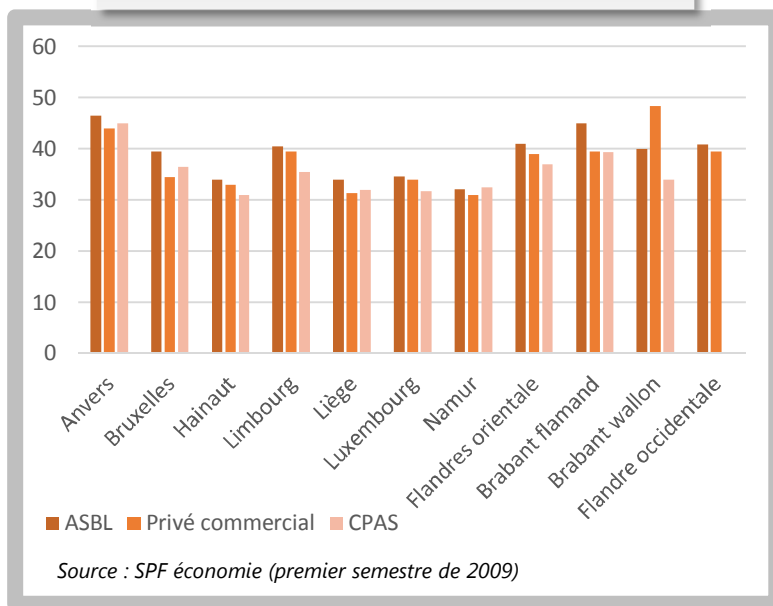
Il est vrai que des mécanismes ont été mis en place afin de soulager les plus fragiles. Il s'agit entre autres de l'intervention majorée (BIM) et de la reconnaissance comme malade chronique. Les personnes bénéficiant de ces deux statuts semblent relativement bien protégées contre les coûts identifiés. Cependant, pour ceux et celles qui ne correspondent pas aux critères, les montants à déboursier sont parfois extrêmement lourds.

Tableau 1: Prix journaliers des établissements pour l'utilisateur, par secteur et par région

Région/Secteur	Wallonie	Bruxelles	Flandres
Public	36,11	41,37	44,23
Privé	36,98	45,34	47,81
ASBL	39,67	50,86	50,14
Prix moyen	37,26	45,55	48,07

Source : SPF économie 2012

Figure 5: Prix journalier moyen par instance de gestion et province



La différence de prix ne s'établit pas non plus uniquement entre les différents services. Le tableau 1, par exemple, compare le prix moyen journalier en euros, dans les MR et MRS, par région, par secteur et pour le premier semestre 2012. La figure 5, elle, compare les prix journaliers par secteur et par province.

Peut-on pour autant en déduire que les maisons de repos sous forme d'ASBL sont plus coûteuses, que les maisons de repos privées commerciales sont meilleur marché et que le prix des maisons de repos du CPAS se situerait quelque part entre les deux ? Il faut tout d'abord rappeler que les prix indiqués ne prennent pas en compte les frais annexes qui peuvent varier considérablement d'une institution à l'autre. Ainsi, les différences de prix peuvent se justifier par ce que recouvre le prix, souvent les établissements publics et ASBL pratiquent un prix « all in » ce qui n'est pas le cas pour le secteur privé commercial par exemple.

¹⁶ 1045 euros par mois en moyenne selon le SPF.

On remarque en outre que les tarifs en Flandre et à Bruxelles excèdent ceux de la Wallonie¹⁷, les différences tarifaires peuvent exister aussi entre les secteurs et les provinces.

Aussi, une **explication plus nuancée** doit sans doute se trouver du côté de la politique interne des structures, une politique différente suivant le type de structure qui est notamment menée par rapport à l'effectif en personnel. Ainsi, une maison de repos privée tentera d'employer un encadrement minimal en personnel pour réduire les coûts et pouvoir demander un prix journalier inférieur. Une maison de repos sous forme d'ASBL sera, en revanche, moins tentée de réaliser des économies sur le personnel, ce qui l'obligera à pratiquer des prix journaliers supérieurs. Dans le secteur public, le prix journalier est parfois maintenu à un niveau légèrement inférieur grâce à l'intervention financière de l'autorité communal dans le fonctionnement de la maison de repos¹⁸. Les maisons de repos des intercommunales peuvent, elles, avoir recours aux techniques d'aides à l'emploi ce qui leur permet de pratiquer des prix moins élevés. Les chiffres avancés sont donc à nuancer.

Si l'on veut toutefois ouvrir le débat, il faut bien entendu garder ces paramètres de coût (pour l'utilisateur et pour la société) à l'esprit lorsqu'il s'agira de repenser globalement la politique d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées et surtout lorsqu'elles sont en perte d'autonomie. Mais les études à ce jour ne sont pas concluantes, elles doivent être approfondies et être réalisées en association avec les secteurs concernés. Il faut aussi avoir en tête qu'à côté des aspects financiers se posent également les considérations de choix. Le maintien à domicile n'est pas toujours possible, en particulier pour les personnes très âgées et les cas lourds et les solutions institutionnelles doivent être possibles.

L'offre de lieux de vie

Les lieux de vie peuvent se décliner entre les formes de vie du domicile des personnes, les structures résidentielles permanentes ou temporaires, les espaces et centres d'accueil ainsi que les autres formes d'habitats proposés aux personnes âgées. Pourtant, il n'est pas évident de s'y retrouver dans ces différents services et les liens entre eux sont difficiles à concevoir.

C'est notamment le lien entre domicile et maison de repos dans le parcours des personnes âgées qui doit donc être revu, et ce à deux niveaux¹⁹. Tout d'abord, le chemin qui mène de l'un à l'autre n'est ni aussi rectiligne et unidirectionnel, ni aussi définitif qu'on pourrait a priori le penser : **des allers-retours de l'un à l'autre peuvent et doivent se concevoir**. Ensuite, pour que rester chez soi demeure une option malgré l'apparition de dépendance, une grande variété de formes de soutien et de services sont mis à disposition des personnes. Ces appuis peuvent avoir plusieurs rôles : **celui de soutenir la personne** (et son aidant proche) dans son choix, mais aussi celui de **préparer la personne à un autre lieu de vie**. Des **solutions de transitions** sont imaginées pour permettre aux aînés de s'adapter à la vie en institution. **Des solutions de répit** pour éviter l'essoufflement des aidants proches et retarder l'institutionnalisation sont mises en place. **Des solutions de soutien et d'adaptation** avant le retour au domicile suite à une hospitalisation sont organisées. C'est le cas par exemple de l'accueil de jour qui, tout en soulageant les aidants proches, permet à la personne accueillie de découvrir l'institution et de s'y familiariser. Par ailleurs, à côté de ces formules de soutien, il existe d'autres lieux de vie comme les habitats kangourous, l'accueil familial, les maisons Abbeyfield (parfois encore au stade de l'expérimentation) qui offrent des solutions alternatives.

¹⁷ ROMBEAUX J-M, op. cit., p. 27.

¹⁸ Etude sectorielle maison de repos, SPF économie, 2009.

¹⁹ CHARLOT, V., GUFFENS, C., Le Bien Vieillir ASBL, « Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées », FRB, 2006

Les protocoles d'accords

Différentes formes d'habitats sont régis par la loi. Dans ce cadre, différents protocoles d'accord ont été conclus entre le Gouvernement fédéral et les entités fédérées compétentes. Ils concernent la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées. L'objectif de ces protocoles est de répondre de façon cohérente et durable, dans le cadre d'une politique de collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés/Régions, aux défis consécutifs au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des soins.

Un premier protocole a été conclu le 9 juin 1997. Il a été complété par quatre avenants et suivi de deux autres protocoles, conclus le 1^{er} janvier 2003 et le 13 juin 2005, eux-mêmes complétés de plusieurs avenants.²⁰

Le premier protocole d'accord (1998-2002) concernait essentiellement la reconversion de 25.000 lits de MR en lits de MRS ainsi que l'établissement d'une programmation et d'un financement pour les centres de soins de jour.

Le protocole d'accord n°2 (2003-2005) permettait aux Régions et aux Communautés, outre la reconversion des MR en MRS, d'investir sur base volontaire des moyens dans des alternatives d'accueil en support aux soins à domicile. Cette initiative a été définie plus précisément dans l'avenant 1 à ce deuxième protocole d'accord.

Dans le protocole n°3 (2005-2010), les politiques encouragent à aller plus loin dans le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins à domicile. Les Communautés/Régions doivent affecter 20%

des moyens disponibles à cet objectif, en respectant des lignes de conduite.

Ces principes et engagements conclus avec l'Etat fédéral ont évidemment une incidence importante sur l'élaboration de la politique wallonne à l'égard des aînés. Certaines orientations et dispositions des décrets et arrêtés wallons en la matière découlent directement de ces obligations.

Les services à domicile ou extra muraux

Les principaux services d'aide et de soins aux personnes âgées sont les services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) et les services de soins infirmiers (SSI). Les centres de coordination de soins et de services à domicile (CCSSD) assurent la bonne coordination de l'aide et de soins. La création des services intégrés de soins à domicile (SISD) est plus récente. Il existe également d'autres services ciblant l'aménagement de l'habitat, les petits travaux, le transport, la fourniture de matériel sanitaire, l'aide sociale et juridique, la distribution de repas ou la garde à domicile. Par ailleurs, les systèmes d'appel d'urgence (biotélévigilance) sont développés dans la plupart des agglomérations. Certains services de santé mentale (SMM) proposent également une offre ciblant la population âgée. Enfin, des associations de familles représentent les proches de personnes souffrant d'une démence ou simplement en perte d'autonomie et développent des actions de soutien. Les services d'aide et de soins sont réglementés et organisés par les autorités régionales (pour les services d'aide) et fédérales (pour les services de soins). Celles-ci en assurent le financement à l'exception des actes repris dans la nomenclature des soins de santé. Deux décrets importants ont été adoptés au cours de la précédente législature dans le secteur de l'aide à domicile : d'une part, le décret relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées²¹ et, d'autre part, le décret

²⁰ Protocole n°1 du 9 juin 1997, complété par les avenants du 28 janvier 1998, 25 mai 1999, 1^{er} août 2002 et 11 décembre 2002.

Protocole n°2 du 1^{er} janvier 2003, complété par les avenants du 8 décembre 2003, 25 mai 2004 et 13 juin 2005.

Protocole n°3 du 13 juin 2005, complété par les avenants du 19 juin 2006, 11 décembre 2006, 11 mars 2008 et 8 décembre 2008, 12 septembre 2011, 18 juin 2012 et du 24 septembre 2012.

²¹ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 219 à 260 (Décret wallon du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées – MB 21.01.2008 et AGW du 30 avril 2009 portant application du Décret du 6 décembre 2007 – MB 22.07.2009).

relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions²².

La coordination des soins

En 2009, le Gouvernement wallon a publié une circulaire relative à la répartition des tâches entre le CCSSD et le SISD. Cette circulaire distingue 3 niveaux de concertation :

- A) le premier concerne les contacts entre **le patient et son prestataire de soins** ;
- B) le second (local) est représenté par le **CCSSD** qui est le lieu de concertation multidisciplinaire entre les différents prestataires du patient ;
- C) le troisième (zonal) est constitué par le **SISD** qui regroupe l'ensemble des acteurs sur une zone géographique définie (services et structures de terrain, y compris les hôpitaux). Le SISD a un rôle résiduaire par rapport à celui du CCSSD.

Les centres de coordination des soins et de services à domicile (CCSSD)

Ils se situent au niveau local et constituent un lieu de concertation multidisciplinaire entre les différents prestataires d'aide et de soins. Il s'agit de centres où on trouve le triptyque « service d'assistantes sociales/ service d'infirmières/ service d'aides familiales » en interne. Les CCSSD interviennent directement au chevet du patient pour organiser sa prise en charge. Ils organisent et coordonnent l'accompagnement des personnes dépendantes en vue d'améliorer leur maintien à domicile à l'entrée, à la sortie de l'hôpital ou lorsqu'un incident vient perturber leur autonomie journalière.

²² Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 434 à 491 (Décret wallon du 30 avril 2009 relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions – MB 15.06.2009 et AGW du 17 décembre 2009 portant application du décret du 30 avril 2009 – MB 05.01.2010).

Le décret de 2009²³ établit une programmation concernant l'implantation des centres de coordination : ceux-ci doivent s'inscrire dans les « zones de soins »²⁴ définies pour les SISD (voir ci-dessous). Leur nombre est fixé en fonction du nombre de tranches entamées de 100.000 habitants, la population âgée de 60 ans et plus étant comptabilisée pour deux, avec un minimum de trois et un maximum de cinq centres par zone.

En 2005, 46 centres étaient agréés en Région wallonne, touchant virtuellement 7.669.012 actes coordonnés sur une population totale de 3.380.498 wallons.

Les services intégrés des soins à domicile (S.I.S.D.)

Le SISD est défini comme « *l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines* »²⁵.

Ils interviennent pour coordonner l'intervention des services.

Ils agissent dans une zone géographique définie en regroupant l'ensemble des acteurs, y compris ceux des services trans-muraux et intra-muraux.

Les SISD se préoccupent notamment des modalités de répartition des bénéficiaires qui font appel à plusieurs structures. Dans leur rôle de soutien à l'organisation pratique,

²³ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 434 à 491 (Décret wallon du 30 avril 2009 relatif à l'agrément des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile en vue de l'octroi de subventions – MB 15.06.2009 et AGW du 17 décembre 2009 portant application du décret du 30 avril 2009 – MB 05.01.2010).

²⁴ Cf. la notion de « zone de soins » telle que visée par l'AGW du 18 décembre 2003 relatif à l'agrément spécial des MRS, centres de jour pour PA, MSP et SISD.

²⁵ Article 1^{er}, 1°, de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile - *Moniteur belge* du 5 octobre 2002.

ils envisagent les règles applicables en cas de partage de prise en charge par plusieurs centres de coordination.

Les services de soins

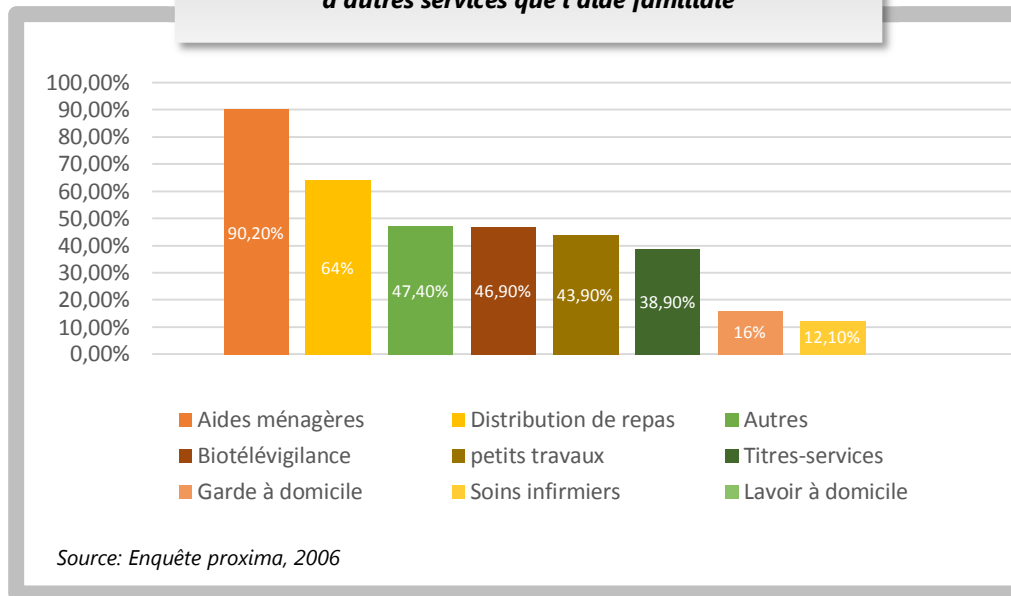
Les services de soins regroupent les soins infirmiers (SIAD), mais aussi la kinésithérapie, l'ergothérapie, la logopédie, les soins dentaires et les soins de pédicure. Leur agrément relève des autorités fédérales ou régionales. Leur financement

Les services d'aides aux familles et aux aînés (SAFA)

L'aide à domicile s'organise entre plusieurs acteurs : certaines Régions et Provinces, les communes via le CPAS, des organismes privés, des mutuelles.

Les « centres agréés » fournissent en exclusivité des services à domicile. Ces services « *interviennent à domicile afin de favoriser le maintien et le retour à domicile,*

Figure 6: Pourcentages de services d'aide à domicile proposant d'autres services que l'aide familiale



s'effectue via la nomenclature des soins de santé et/ou des subventions régionales. Ces services de soins médicaux et paramédicaux permettent un accès à la santé pour tous, et représentent dans certains cas une alternative à l'hospitalisation.

*l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et les familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité et ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie ».*²⁶

²⁶ Code wallon de l'action social et de la santé, article 220 §1 (Décret wallon du 6 décembre 2007, op. cit., art.4, § 1^{er}).

Il existe 89 services agréés en Wallonie, 58 du secteur public, 31 du secteur privé non lucratif.

Le Ministre compétent fixe annuellement et par service, le nombre maximum annuel d'heures d'activités d'aide à la vie quotidienne subventionnables, dénommé contingent de service²⁷. La subvention couvre les dépenses de personnel, les frais de fonctionnement, les temps de réunion et de formation.

Les services d'aide comportent les services d'aide à la vie quotidienne réalisés par les aides familiales et les services de garde à domicile. Des travailleurs sociaux effectuent les enquêtes sociales au domicile du bénéficiaire, établissent le plan d'aide et encadrent le travail des aides familiales.

Les autres services

92,9% des services d'aide à domicile proposent d'autres aides que celle fournie par les aides familiales²⁸. D'ailleurs, la majorité des professionnels s'accorde à reconnaître l'aide à domicile comme un secteur nécessitant l'activité complémentaire et intégrée de plusieurs intervenants. Les aides ménagères se prêtent exclusivement aux travaux d'entretien ménager. Elles peuvent être à tarification sociale²⁹ ou titre services³⁰. Des ouvriers polyvalents entreprennent aussi des petits travaux et bricolage au domicile des

personnes. Des services de biotélévigilance³¹ sont aussi mis en place (figure 6).

Les centres de télé accueil

La Wallonie agréée et subventionne cinq centres de télé-accueil, accessibles tous les jours 24h/24 via le numéro gratuit 107. Les écoutants sont bénévoles (\pm 60 par centre) et reçoivent une formation supervisée. La mission de ces centres est de garantir à tout appelant en état de crise ou de difficulté psychologique, une écoute attentive, une réponse et, le cas échéant, une orientation qui réponde le mieux possible à la situation ou aux difficultés qui ont motivé l'appel. L'anonymat est garanti.

Les services sociaux

Les services sociaux offrent depuis longtemps un soutien aux personnes vulnérables et dépendantes. Il en existe sous plusieurs formes. Les centres de services social (CSS), par exemple, sont mutuellistes ou indépendants, ils se chargent de l'assistance sociale et psychosociale individualisée au niveau de l'accueil et de l'accompagnement du demandeur, de l'analyse du problème et de la délivrance des informations nécessaires. Ils orientent éventuellement le demandeur vers des services plus spécialisés. Ils ont également une fonction de signal à l'égard des responsables politiques.

Il existe aussi des services sociaux au sein des CPAS, des communes, de certaines ASBL, etc. Les services sociaux des hôpitaux aident aussi par exemple à assumer un certain nombre de démarches en matière de sécurité sociale et d'aide sociale. Ils ont pour objectif de faciliter le séjour du patient hospitalisé. Ils peuvent l'aider à résoudre les

²⁷ Ce contingent d'heures autorisées en place par l'arrêté de la Communauté française du 16 décembre 1998. Cet arrêté a été actualisé début 2004.

²⁸ LETONT, V., VAN DAELE, A., Proxima : « vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. Etat des lieux en région wallonne », Rapport, UMH, Mons, 2004.

²⁹ Les services sont organisés par des organismes publics ou associatifs et sont disponibles dans le cadre des CCSSD. Dans certains cas, les services sont assurés par des aides ménagères indépendantes.

³⁰ Un plafond de 500 titres a été fixé par an, par particulier. Pour l'utilisateur, la valeur du Titre-Services est fixée à 8,50 € (pour les 400 premiers) et à 9,50€ (pour les 100 derniers) et sa durée d'utilisation est de 8 mois. L'Etat compense la différence de coût pour l'organisation et le travailleur.

³¹ C'est un système d'alarme électronique permanent que le bénéficiaire porte en pendentif. Ce système permet d'être en contact direct avec une centrale d'appel lors de toute chute ou malaise, par exemple. En effet, lorsque le bénéficiaire presse le bouton la centrale entre directement en contact avec lui et décide du type d'intervention selon la gravité de la situation.

problèmes liés à son hospitalisation, mais aussi parfois dans ses difficultés antérieures et préparer au mieux sa sortie.

Les services de santé mentale (SSM)

Les services de santé mentale ont des missions diagnostiques, curatives (traitements psychiatrique, psychologique et psychosocial) et préventives (information, recherche et prévention). Ils mènent donc des actions de première ligne autant que de deuxième ligne au travers du soutien à d'autres intervenants.

Historiquement, les SSM ont d'abord rencontré les problématiques de l'enfance et de l'adolescence, puis celles de l'adulte. Les demandes émanant de personnes âgées demeurent cependant peu fréquentes. Celles-ci ne représentaient que 2,8 % de la population consultante en 2003³².

Les services intra muraux

Nous séparons ici

- **Les services permanents** avec les maisons de repos (MR), les maisons de repos et de soins (MRS) et les résidences services (RS). Les unités adaptées à l'hébergement des personnes âgées désorientées sont incluses dans les maisons de repos.
- **Les services temporaires** avec les services gériatriques des hôpitaux et les hôpitaux gériatriques isolés.

Les maisons de repos (MR)³³

Les MR sont des établissements qui peuvent être publics ou privés. Ils doivent être agréés par les régions. Ces institutions s'adressent à des personnes de plus de 60 ans qui y résident de façon habituelle et principale. Dans les MR, le logement mais aussi les services collectifs, les aides à la vie journalière et si nécessaire des soins sont organisés. Le décret wallon de 2009 fixe une programmation du nombre de lits. Des règles sont ainsi établies concernant la capacité maximale de places/ lits par type de structures, l'implantation des établissements par arrondissement en fonction du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, mais également la répartition des lits entre les établissements du secteur public (min. 29%), du secteur associatif (min. 21%) et du secteur privé commercial (max. 50%).

Tableau 2: Programmation du nombre de lits MR

Etablissements	Programmation	Exploitation (commercial, associatif, public)
Maison de repos (MR)	49.695 lits	48.403 lits (23.211, 11.733, 13.459)

Source: DGO5 DGASS 2012

³² Le rapport «Accueil de la personne âgée en service de santé mentale» publié en 2003 par l'Institut wallon pour la Santé mentale (IWSM), a effectué une analyse de la faiblesse des demandes et a proposé plusieurs pistes de travail pour améliorer l'adéquation et la visibilité de l'offre aux personnes âgées.

³³ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 358, 359 à 361, 365 à 377. AGW du 15 octobre 2009 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées.

Les maisons de repos et de soins (MRS)³⁴

Les MRS sont destinées aux personnes âgées dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée, nécessitant des soins de longue durée, infirmiers et paramédicaux, et d'une assistance dans divers actes de la vie quotidienne. Contrairement aux MR, l'agrément MRS nécessite la mise en place d'une fonction palliative assurée par le médecin coordinateur et conseiller ou l'infirmier (ère) responsable. Un lien fonctionnel avec un service de soins palliatifs hospitalier et une collaboration avec la plate-forme de soins palliatifs du territoire géographique concerné sont également requis. Les normes de personnel et de qualité sont différentes par rapport aux MR, elles disposent de ressources en matériel et personnel médical plus importantes en vue d'assurer un traitement approprié aux pathologies lourdes.

Tableau 3: Programmation et exploitation de lits MRS

Etablissements	Programmation	Exploitation (commercial, associatif, public)
Maison de repos et de soins (MRS)	19.807 lits	19.816 lits (7.806, 5.720, 6.290)

Source: DGO5 DGASS 2012

Tableau 4: Répartition des maisons de repos en Wallonie (selon la taille et le secteur d'activité).

Taille	Secteur			Total général
	Comm.	Assoc.	Public	
1-25	27	1	2	30
26-59	176	23	35	234
60-99	95	50	58	203
100-128	38	28	37	103
129-150	10	13	8	31
151 et +	9	7	10	26
Nbre total	355	122	150	627

Source : SPW-DGO5- Direction des aînés, 30 novembre 2011

Les unités d'accueil spécifiques pour personnes désorientées

En Wallonie, c'est l'arrêté du Gouvernement Wallon du 3 décembre 1998³⁵ qui donne les normes spécifiques et relatives à l'hébergement et l'accueil de personnes âgées désorientées vers une unité adaptée. C'est une unité spéciale et adaptée à l'accueil et à l'hébergement de groupes restreints (de 5 à 15 maximum) de personnes âgées et désorientées³⁶. Il peut s'agir d'une unité fonctionnelle d'une MR/MRS ou agréée comme telle. Ces unités spécifiques évoluent puisque bon nombre d'entre elles ont sorti l'hébergement des murs de l'unité. Les projets rencontrent d'ailleurs de meilleurs résultats lorsque les personnes sont reconduites chez elles le soir. Le concept est de maintenir en

³⁴ Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour - (M.B. du 28.10.2004). Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

³⁵ Arrêté du Gouvernement wallon portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB, 27 janvier 1999).

³⁶ Est déclarée désorientée, une personne qui présente des problèmes presque chaque jour d'orientation dans l'espace et dans le temps.

activité les personnes désorientées, en les encadrant pour réaliser les tâches de la vie quotidienne (faire la cuisine, etc.). Autrement dit, l'objectif est de rendre à ses usagers une autonomie collective face à la perte d'autonomie individuelle et ce, dans un environnement protégé et stimulé par le personnel et la famille.

Les résidences services (RS)³⁷

Il s'agit d'un ou plusieurs bâtiments, constituant un ensemble fonctionnel, géré par un pouvoir organisateur qui, à titre onéreux, offre à des personnes âgées de 60 ans au moins, des logements particuliers leur permettant de mener une vie indépendante, ainsi que des services auxquels elles peuvent librement faire appel. Il faut un accord de principe à la création ou à l'extension et il faut obtenir un titre de fonctionnement pour mener de telles activités.

Il y a au total 91 établissements et donc 1744 logements agréés en Wallonie³⁸. 48% des RS sont gérées dans le secteur commercial, 43% dans le secteur privé non lucratif et 9% dans le secteur public. Elles se situent principalement dans des établissements comptant de 10 à 20 logements (32,5%). 900 logements dans le secteur public et associatif sont actuellement en construction grâce des subsides de 39.143.000 € dérogés par la Wallonie.

Les résidences services sociales

Depuis janvier 2013, le concept de résidence service sociale a vu le jour. La Ministre de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances s'est associée au Ministre du logement pour mutualiser les moyens financiers de l'action sociale et du logement afin de favoriser le bien-être des citoyens.

La résidence services sociale, contrairement à la résidence service simple doit être établie sur le site d'une maison de repos. Il s'agit donc d'une résidence-services à part entière où les règles du logement social sont respectées en matière d'octroi des logements et de fixation des prix. Les ménages âgés en état de précarité ou disposant de revenus modestes au sens du Code wallon du logement sont prioritaires. Les loyers sont compris entre 400 et 800 euros, en fonction des revenus du locataire.

Une expérience pilote (40 logements d'une chambre) a vu le jour. Elle est portée par le CPAS et le Foyer jambois et soutenu par la région. Soixante autres logements de ce type ont été prévus sur sept sites en Wallonie dans le cadre de « l'ancrage communal 2012-2013 » et un appel à projet est en cours pour l'ancrage 2014-2016.

Tableau 5: Répartition des RS (établissements/logements) entre les 3 secteurs

Province	Secteur						Total
	Public		Associatif		Commercial		
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	
Brabant wallon	1	20%	0	0%	4	80%	5
Hainaut	2	4%	21	47%	22	49%	45
Liège	5	19%	11	42%	10	38%	26
Luxembourg	0	0%	2	40%	3	60%	5
Namur	0	0%	5	50%	5	50%	10
Total	8	9	39	43	44	48	91

Source : SPW-DGO5 Direction des aînés – Données 30 novembre 2011

³⁷ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 356, 362, 365 à 377. AGW du 15 octobre 2009 portant exécution du décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées.

³⁸ SPW-DGO5, Résidences-services - RAPPORT BISANNUEL au 1/01/2012

Les services gériatriques des hôpitaux

Dans un hôpital général, les personnes âgées peuvent être admises dans différents services selon la raison de leur hospitalisation. Mais depuis le milieu des années 1980, le secteur hospitalier a subi de nombreuses restructurations qui se sont caractérisées par la réduction, puis la limitation en 1995 (moratoire) du nombre de lits ainsi que par une diminution importante de la durée moyenne de séjour. Se sont aussi développés des services d'indice « G » réservés spécifiquement aux patients gériatriques et des services « sp³⁹ », dont le service « sp6 » réservé aux patients psychogériatriques. Les services gériatriques « G » ont une programmation de 5 à 6 lits par 1.000 habitants de 65 ans et plus. Les services psychogériatriques « sp6 » ont quant à eux une programmation de 0, 52 lits pour 1.000 habitants⁴⁰. Il ne n'agit pas d'une programmation additionnelle mais d'un élargissement des possibilités d'agrément de lits « G » via des reconversions de lits d'autres indices.

Il est prouvé de manière statistiquement significative que la mise en place de services de médecine gériatrique dans les hôpitaux se traduit par une réduction de la mortalité des personnes âgées mais aussi, à moyen terme, des coûts, ainsi que par une diminution des placements en institution et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés⁴¹.

Ce type de prise en charge peut également se développer dans d'autres services réservés aux personnes âgées. Ces services/formules alternatives ont reçu un cadre législatif et commencent à se développer. Il s'agit de services tels que les hôpitaux de jour gériatriques (cf. p.28), les consultations gériatriques ou les services généraux faisant appel à une équipe mobile gériatrique.

³⁹ Il existe 6 types de services « Sp » selon la pathologie : affections cardio-pulmonaires, affections locomotrices, affections neurologiques, affections chroniques nécessitant des soins palliatifs, psychopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés, affections psychogériatriques.

⁴⁰ A.R du 9 mai 2008 (M.B. du 05.06.2008).

⁴¹ SWINE, C., « *Le service de Gériatrie : un service aigu dans un hôpital aigu* ». Le Bulletin d'Education au patient no 9(2), 1990.

Les programmes de soins gériatriques (PSG)⁴²

L'hospitalisation est de plus en plus dédiée aux soins aigus ou sub-aigus concernant le diagnostic et la thérapie active. La réduction de la durée d'hospitalisation des patients âgés a mis en exergue de nouveaux besoins portant sur la préparation du retour au domicile, le risque de réadmission précoce ou d'institutionnalisation définitive, la continuité des soins et la coordination multidisciplinaire verticale et horizontale. La fonction de référent hospitalier (depuis 1998) et le PSG (depuis 2007) constituent des réponses pour rencontrer ces besoins.

En ce qui concerne le PSG, les hôpitaux, doivent organiser une équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs⁴³ en vue d'assurer la sensibilisation, les conseils, la formation et le soutien pour toutes les personnes associées aux soins palliatifs. Ces interventions permettent aux malades de rester dans le même service et de garder les mêmes soignants. L'équipe pluridisciplinaire doit comprendre au moins un médecin spécialiste, un psychologue et un infirmier.

Les hôpitaux gériatriques isolés (service « G » isolé)

Ce sont des hôpitaux que ne disposent que d'un service gériatrique « G ». Il n'y en a qu'un seul en Wallonie. Avec le transfert de compétence, ils sont en voie d'intégration dans des hôpitaux généraux.

Service trans-muraux

Les services trans-muraux regroupent les centres d'accueil de jour, les centres de soins de jour, les courts séjours et l'accueil de nuit en MR. Ils font partie des services dits « de répit » pour les aidants familiaux. Ils regroupent aussi, pour le secteur hospitalier; les cliniques de la mémoire et les hôpitaux de jour gériatriques.

⁴² A.R. du 29 janvier 2007.

⁴³ A.R. du 19 février 2002.

Les centres d'accueil de jour (CAJ)⁴⁴ et centres d'accueil de nuit et/ou de soirée

Tableau 6: Programmation et exploitation de places de CAJ

Etablissements	Programmation	Exploitation (commercial, associatif, public)
Centre d'accueil de jour (CAJ)	Pas de programmation mais contrôle à priori	570 places (143, 185, 242)

Source: DGO5 DGASS 2012

Ce sont des bâtiments, ou une partie de bâtiments, situés au sein d'une MR/MRS où sont accueillis pendant la journée des résidents qui y bénéficient de soins familiaux, ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique ou sociale. Des activités diverses y sont proposées (peinture, sculpture, musicothérapie, promenades, ateliers cognitifs, relaxation, lecture, etc.) mais des services y sont aussi procurés et ceux-ci font du centre un lieu de vie au quotidien (repas, coiffeurs, pédicures, consultations médicales, etc.). Ce type d'accueil s'adresse à d'une population qui, en raison d'une perte limitée d'autonomie, ne peut rester seule à domicile toute la journée, mais ne nécessite pas de séjourner « à plein temps » en MR. Le centre de jour favorise aussi la socialisation. Passer une journée au centre de jour, c'est aussi pour le patient la possibilité de sortir de chez soi et de lier des contacts avec les autres résidents et le personnel soignant.

Les centres d'accueil de soirée ou de nuit répondent aux mêmes principes. L'accueil de nuit et/ou de soirée s'adresse à

⁴⁴ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 358, 363, 365 à 377.

des résidents autres que ceux accueillis en centre d'accueil de jour et qui y bénéficient des soins ou d'une prise en charge similaire.

Les centres de soins de jours (CSJ)⁴⁵

Un centre de soin de jour offre une structure de soins de santé prenant en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile. Cette prise en charge comprend des aides et services variés. Il s'agit par exemple d'activités de peinture, sculpture, musicothérapie, de promenades, d'ateliers cognitifs, etc., mais aussi de services qui font du centre un lieu de vie au quotidien comme des repas, des services de coiffeurs, de pédicures, des consultations médicales, etc. L'objectif de ces centres est d'apporter un soutien et un cadre permettant de retarder le plus longtemps possible le placement en maison

Tableau 7: Programmation et exploitation de places de CSJ

Etablissements	Programmation	Exploitation (commercial, associatif, public)
Centres de soins de jour (CSJ)	1.137 places	284 places (43, 98, 143)

Source: DGO5 DGASS 2012

de repos. La fréquentation du centre de soins de jour peut aussi permettre au patient d'éviter ou d'abrégé l'hospitalisation. Il constitue donc le relais entre le maintien complet à domicile et l'hospitalisation ou le placement. Toute

⁴⁵ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 356, 362, 364 à 376.

une série de professionnels interviennent dans le fonctionnement du centre de jour : ergothérapeutes, médecins, logopèdes, psychologues et infirmiers.

Les infrastructures de courts séjours (CS)⁴⁶

Les courts séjours sont des séjours temporaires en MR (titre de fonctionnement et financement spécifique) dont la durée est initialement fixée de commun accord entre le

Tableau 8: Programmation et exploitation de lits de CS

Etablissements	Programmation	Exploitation (commercial, associatif, public)
Courts-séjours (CS)	1.800 lits	1732 lits (653, 653, 426)

Source: DGO5 DGASS 2012

gestionnaire et le résident ou son représentant. La durée de ces séjours ne peut excéder 3 mois ou 90 jours cumulés par année civile que ce soit dans le même établissement ou non.

La finalité du court séjour est le retour à domicile du résident. Un membre du personnel de la maison de repos assure d'ailleurs une fonction de liaison, en concertation notamment avec la personne âgée, ses proches, son médecin traitant et les services d'aide ou de soins à domicile, afin que ce retour ait lieu dans les meilleures conditions. La mission principale de cette activité temporaire est de permettre le répit des familles ou aidants proches pour une période déterminée.

Les cliniques de la mémoire

La clinique de la mémoire est un service multidisciplinaire qui s'axe principalement sur les personnes souffrant d'un début de perte de mémoire (Alzheimer, etc.). Le rôle de la clinique est d'améliorer l'autonomie des patients en travaillant les capacités qui sont préservées, elle aide aussi les patients et leur famille à mieux faire face à ces troubles.

L'INAMI a porté à 12 le nombre de cliniques de la mémoire. Chaque Province dispose ainsi d'une clinique de la mémoire (5 en Wallonie).

Les hôpitaux de jour gériatriques

L'hôpital de jour gériatrique assure des missions d'évaluation, de diagnostic, de réadaptation. Solution intermédiaire entre les soins hospitaliers et ambulatoires, l'hôpital de jour n'est pas une structure médico-sociale mais sanitaire rattachée à un centre hospitalier sous la responsabilité d'un médecin. L'équipe pluridisciplinaire permet de réaliser des évaluations neuro-psychologiques visant à déceler des troubles cognitifs éventuels. Cette approche préventive diagnostique et curative des pathologies liées au vieillissement vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées sans les éloigner de leur environnement habituel. Ces hôpitaux se sont développés dans le but d'éviter, de postposer ou de raccourcir l'hospitalisation ou l'institutionnalisation.

Projets alternatifs

Passons à présent en revue quelques exemples de projets et solutions alternatifs. Ces réalisations mettent en évidence la possibilité d'innover, de créer et d'inventer de nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées, répondant mieux ou autrement à leurs besoins. Notons que tous ces projets ne bénéficient pas encore d'une cadre législatif spécifique.

Le point commun de ces différentes infrastructures est d'avoir pour point de départ le constat de manquements, de difficultés, de vides, dans la qualité de vie des personnes

⁴⁶ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 356.

âgées résidentes des MR ou MRS en place. Ces projets constituent autant de propositions de solutions nouvelles, telles que: l'aménagement de relations plus particulières avec le personnel, l'ouverture vers l'extérieur, l'apport d'autres générations, le maintien et/ou le rétablissement de l'autonomie et du contrôle, l'offre d'activités épanouissantes, etc.

Les habitats groupés

Il s'agit de petites unités de vie intégrant des espaces privés et des espaces communs, animées d'une vie collective et gérées dans une perspective participative. Elles impliquent généralement un projet de vie commune. Les maisons « Abbeyfield », concept anglo-saxon, ont par exemple fait des émules en Belgique, on recense quelques maisons de ce type dans le pays (Namur, Visé, Louvain la Neuve, Bruxelles, etc.). Ces structures sont évidemment concernées par les législations liées au logement (protection du logement, droit de propriété, loi sur les loyers, législation sur la salubrité, loi sur les logements collectifs et les petits logements individuels, etc.), celles traitant de la liberté d'association (loi sur les ASBL) et réglementant le remboursement des soins via l'INAMI. A ce jour, elles ne bénéficient pourtant d'aucun cadre légal spécifique. Elles peuvent être prises en charge par une personne, les résidents eux-mêmes, une ASBL, un CPAS.

Ce nouveau mode de vie pour les personnes vieillissantes en bonne santé est implanté en Belgique depuis 1996. Le succès, d'un point de vue quantitatif n'est pourtant pas au rendez vous. Par contre, les résidents de ces maisons sont enchantés par la formule. On remarque par ailleurs un intérêt grandissant pour de nouvelles formes d'habitat parmi les jeunes seniors. Il existe un certain enthousiasme envers un nouveau mode de vie plus libre et plus social pour ses vieux jours, qui répond aussi à deux autres motivations plus angoissantes : la peur de l'isolement et la peur de la maison de repos⁴⁷.

⁴⁷ ARGOU, Dominique, L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? 2011-11. in *Alter-Prop - Centre de Ressources*, Item #1714.<http://alter-prop.crevillesdev.org/ressources/items/show/1714>

L'accueil familial⁴⁸

L'accueil familial est l'hébergement au domicile d'une personne physique de maximum trois résidents n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus. Le résident en accueil familial y reçoit l'hébergement, l'aide dans l'organisation des soins requis et l'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne dans le cadre d'une vie familiale.

En d'autres termes, un particulier ou une famille accueille sous son toit une ou plusieurs personnes vieillissantes pour des séjours temporaires ou définitifs. Ces personnes n'ont pas de lien de parenté avec l'accueillant et sont hébergées moyennant contrepartie financière.

Le Gouvernement wallon a décidé de reporter la date d'entrée en vigueur de ce dispositif et de confier à **5 expériences-pilotes**, une par province, le soin de chercher des familles d'accueil, mettre les personnes âgées en contact avec ces familles, faire signer une convention, assurer le suivi médical, social et psychologique. L'évaluation de ces projets déterminera les conditions optimales de mise en œuvre de l'accueil familial de personnes âgées.

Quelques questions doivent encore être réglées avant que le projet ne soit optimal. La question de la domiciliation doit être traitée afin que les droits sociaux individuels soit maintenus aussi bien pour l'accueillant que pour la personne âgée. Le problème de l'exonération fiscale du défraiement accordé à la famille d'accueil doit également encore être réfléchi. Il faut aussi penser à l'impact du statut social des accueillants.

L'habitat kangourou

Ce type d'habitat suppose qu'une personne âgée et un jeune couple (ou une famille) partagent le même toit mais évoluent dans des espaces de vie indépendants. Cette cohabitation est régie légalement par un contrat de bail passé entre le propriétaire (souvent la personne âgée) et le locataire. Elle

⁴⁸ Code wallon de l'action sociale et de la santé, articles 334 à 358.

implique également un accord sur un contrat moral d'assistance réciproque (d'un côté la garde des enfants, l'aide aux devoirs, l'attention à la maison en l'absence de l'autre, de l'autre, une aide aux « courses »). Les maisons Kangourous résolvent deux problèmes d'un coup : d'une part, celui des personnes vieillissantes qui disposent d'une maison trop grande pour elles, difficile et coûteuse à entretenir ; d'autre part, celui de jeunes couples qui éprouvent des difficultés à acquérir un logement. En Australie, dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas, la formule bénéficie d'un grand intérêt. Il y a actuellement deux maisons de ce type à Bruxelles. En Wallonie le concept fait petit à petit son chemin malgré des réglementations peu favorables.

Les centres communautaires et les maisons d'accueil communautaires (MAC)

Ils sont « *des lieux de vie où est proposée, régulièrement et en groupe à des aînés, la possibilité en journée d'un accueil, de rencontres entre personnes de même génération, de contacts avec des personnes d'un autre âge, d'activités participatives diverses, d'échanges, de moments de convivialité*⁴⁹ ». Il s'agit de structures alternatives entre le domicile et l'offre résidentielle, soutenant le maintien à domicile. Ils rassemblent entre 10 et 45 personnes, généralement deux à trois fois par semaine.

Aujourd'hui on compte une vingtaine de MAC ou de centres communautaires.

Les centres de services communs

Un décret de 1982 fixe le cadre de ces services. Il s'agit d'ouvrir au minimum 32 heures par semaine, un centre de rencontre et de récréation en priorité aux personnes âgées vivant de manière autonome. Mais faute de moyens notamment ou d'inadaptation du dispositif légal, le décret reste inappliqué dans les Régions wallonne, germanophone et de Bruxelles-Capitale. Aucun centre de services communs financé comme tel n'est à recenser.

Les communautés de l'intergénérationnel

Les communautés de l'intergénérationnel sont des procédés rassemblant dans un même cadre de vie des personnes vieillissantes et des jeunes (crèche combinée avec une maison de repos par exemple). On peut citer à titre d'exemple l'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve. Elle est intégrée à un service d'aide aux familles agréé qui accueille temporairement des enfants de moins de 7 ans. Dans la même optique, le Balloir à Liège mêle personnes âgées, mamans isolées en difficultés sociales et enfants délaissés par leurs parents (temporairement ou définitivement). Le principal atout de cette formule est d'éviter de « ghettoïser » les personnes âgées et de favoriser les rencontres intergénérationnelles.

Pour conclure

Le paysage des lieux de vie accueillant les personnes âgées est complexe et peut donner une impression de juxtaposition de services divers et variés. Par ailleurs, cette offre de lieux de vie et de service paraît fort **compartmentée**. Il est difficile, pour l'usager, comme pour son entourage de s'y retrouver, de comparer les différentes formules proposées (voire d'avoir connaissance de toutes) et, par conséquent de poser « le bon choix », celui qui convienne le mieux à la personne, ses besoins, sa situation, ses aspirations. Aussi, une **véritable politique globale et décloisonnée** de la personne âgées pourrait non seulement rendre plus claire et plus accessible cette offre de services mais surtout pourrait permettre plus de **fluidité**, de **coordination**, de **complémentarité** et de **va-et-vient** entre les différents services et structures.

C'est en proposant des services qui travaillent en réseau autour des personnes âgées, plutôt que dans une logique de silo comme c'est souvent le cas actuellement que les différents lieux de vie pourront être appréhendés plus sereinement. C'est dans ce sens que vont les propositions du chapitre suivant.

⁴⁹ www.labiso.be/?page=VisualiserContenuOuvrage&Id=1082.

Les besoins évoluent : priorités de l'UNIPSO

Actuellement, **les principales politiques wallonnes d'accompagnement** des personnes âgées au niveau des lieux de vie **permettent d'aider environ 50.000 personnes âgées en MR/MRS et 50.000 personnes à leur domicile** via différents services d'aides. Cette offre permet **d'aider environ 1/7 de la population âgée. La couverture de besoins est donc parcellaire** et peut **entraîner des dérives** comme par exemple le recours à des aide-ménagères Titres-services dans des domaines dépassant leurs compétences, la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle pour les aidants proches ou encore le recours à des travailleurs au noir, fragilisant à la fois la situation de la personne âgée et les conditions de travail des personnes actives dans ces filières.

Or, si la réponse aux besoins actuels des aînés n'est pas satisfaisante, **la situation future risque encore de se complexifier et de devenir tout à fait problématique**. L'avenir s'annonce incertain et difficile pour les secteurs de services aux personnes âgées au moment où on a le plus besoin d'eux. Il existe en effet **une contrainte démographique, budgétaire et institutionnelle**.

Tout d'abord, **l'évolution démographique va augmenter les besoins** de façon quantitative tandis que l'augmentation de l'espérance de vie aura un **impact sur le niveau de dépendance** des personnes et en corollaire sur le type d'accompagnement et la qualité des services à fournir. **La majorité des personnes de plus de 65 ans** ne nécessitent **pas d'aide spécifique**, en outre, elles expriment souvent le **désir de rester autonome le plus longtemps possible** et bien souvent **à domicile**. Toutefois, l'avancée en âge contribue parfois à réduire les capacités fonctionnelles, physiques et cognitives et à mettre en péril l'autonomie. Avec l'âge, les personnes sont susceptibles de devenir dépendantes. Or, la dépendance ne doit pas être réduite à la seule prise en charge par des services de soins mais être élargie à tous services de support et d'accompagnement

permettant une appréhension globale de la personne âgée en vue d'améliorer sa qualité de vie et de préserver son autonomie.

En parallèle, **le contexte budgétaire** lié à la crise économique **imposera une gestion rigoureuse** des budgets publics et un **arbitrage politique sur les mesures prioritaires**. **La véritable question est dès lors de savoir si la Wallonie a la capacité budgétaire de financer et de maintenir la politique résidentielle actuelle**. L'analyse laisse à supposer que ce n'est actuellement pas le cas.

Enfin, le paysage politique est lui aussi en pleine mutation. La **sixième réforme de l'Etat** est amorcée et le transfert des compétences aux régions et communautés concerne directement les services d'aide à destination des personnes âgées.

Ces contraintes peuvent toutefois **devenir une occasion de repenser et d'améliorer les politiques en faveur des aînés** du point de vue de leur efficacité, de leur qualité et de leur accessibilité. Il faut reconsidérer **l'accueil et l'accompagnement de manière différente, plus globalement, en prenant en compte tous les services de support aux personnes âgées**. Il faut garantir un **continuum de vie** aux personnes et proposer un parcours d'accompagnement et un trajet d'aide et de soins correspondant à leur besoins et leurs aspirations. Or, les orientations politiques relatives à la prise en charge de la dépendance ne sont hélas pas toujours claires. Le récent plan du Gouvernement « Marshall 2022 » n'intègre ni les futurs transferts de compétences concernant les personnes âgées (MR, MRS, APA, soins de première ligne, etc.) ni un choix proactif et volontariste pour répondre au défi démographique. Cet oubli « historique » renforce le flou actuel et les craintes des acteurs du secteur. L'UNIPSO craint que le Gouvernement wallon désinvestisse le secteur à profit social et laisse ainsi la voie libre aux entreprises commerciales pour répondre aux besoins fondamentaux des aînés en matière de lieux de vie. Une segmentation dans l'accompagnement des personnes âgées apparaîtrait. Les

politiques publiques cibleraient progressivement certains besoins des plus pauvres et des plus dépendants tandis que les autres seraient soit pris en charge par des aidants-proches soit, si ils en ont les moyens, par des services achetés sur le marché (déclarés ou en noir). Une telle politique aurait des conséquences désastreuses pour les personnes âgées, notamment concernant l'accessibilité à des services de qualité, la perte de lien relationnel et la qualité des emplois.

L'UNIPSO insiste sur l'importance **d'optimiser l'aide aux personnes âgées** en développant **une politique diversifiée, cohérente et réaliste, soucieuse d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services et de préserver le mode de gouvernance basé sur la concertation des différents acteurs.**

L'UNIPSO confirme l'impact que pourrait avoir **une réorientation de la politique en matière d'accompagnement des personnes âgées sur les finances publiques ainsi que sur la capacité des pouvoirs publics à répondre aux défis du vieillissement de la population.**

Le présent chapitre présente les mesures prioritaires à mettre en place pour créer des lieux de vie facilitant le bien vieillir en Wallonie. Ces demandes concernent tant les politiques soutenant le maintien à domicile que l'hébergement en institutions ou les innovations sociales en la matière. **Ainsi, investir dans la création de lieux de vie** soutenant le bien vieillir constitue non seulement un moteur de **développement pour l'économie wallonne mais également une source de croissance durable**, et ce pour les 4 raisons suivantes :

- La rencontre des besoins fondamentaux, et en croissance, de la population ;
- Le potentiel important au niveau de la création d'emplois de qualité, qualifiés comme peu qualifiés, et non délocalisables ;
- Le renforcement de notre modèle social, de la cohésion et de l'équité sociale ;
- La prise en compte des nouvelles compétences transférées dans le cadre de la 6ème réforme de l'Etat.

Garantir la qualité et l'accessibilité (géographique et financière) de tous les services d'accompagnement de la personne âgée

Garantir l'accessibilité et la qualité des services est un préalable que l'on ne peut éviter de mentionner. L'accessibilité des services touche autant à l'accessibilité financière que géographique.

On l'a vu, le coût des services peut peser lourd dans le portefeuille des personnes âgées. Il faut donc veiller à maintenir pour tous le droit de bénéficier de prestations de qualité sans que cela ne soit conditionné par les moyens financiers. Par ailleurs, il faut faire en sorte que l'offre de services soit quantitativement et qualitativement satisfaisante, suffisamment diversifiée et territorialement équilibrée, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. De fait, sachant qu'un certain nombre de communes n'offrent encore aucun établissement spécifique à leurs seniors, des choix politiques doivent être envisagés. D'autant plus qu'à l'horizon 2025, le nombre de personnes âgées nécessitant des soins résidentiels augmentera de 32%⁵⁰ ce qui portera leur nombre pour la Belgique à 166.000 résidents.

Etablir une stratégie claire, proactive et globale de l'accompagnement des personnes âgées et créer une politique plus cohérente

L'accompagnement des personnes âgées et les soins qu'elles requièrent doit pouvoir se réaliser à l'endroit le plus adapté à

⁵⁰ VAN DEN BOSCH, K; WILLEME, P., GEERTS, J., « Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique: projections 2011-2025 », KCE reports 167 B, 2011.

leur état de santé et à leur niveau de dépendance. Tous doivent avoir accès aux structures d'accueil ou aux services qui leur conviennent le mieux. Pour ce faire, l'UNIPSO plaide pour une **approche transversale, intégrée et coordonnée de l'offre de services et de soins reposant sur une évaluation continue des besoins**.

L'UNIPSO souhaite que soient développés les moyens nécessaires pour permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible en autonomie, dans de bonnes conditions de sécurité et de bien-être, en tenant compte des besoins de chacun.

Une réflexion politique profonde est nécessaire sur les rôles respectifs des différentes fonctions de services de santé (hôpitaux, soins de première ligne, soins infirmiers à domicile, soins à domicile, maisons de repos, soins informels, etc.) et sur la façon dont ces fonctions se relient dans une vision globale de délivrance des services d'aide et de santé.

Saisir l'occasion du transfert de compétences pour créer une collaboration entre tous les services et les secteurs existants

L'UNIPSO souhaite que le Gouvernement **saisisse l'occasion des transferts de compétences** (APA, MR(S), soin de première ligne, etc.) pour concevoir une **politique cohérente et globale de l'accompagnement des personnes âgées**. Ce n'est pas chose aisée d'autant qu'avec ce transfert, les échelons du continuum de soins vont être répartis entre le fédéral et les entités.

Un travail en réseau autour de la personne aidée

Ce travail en réseau devrait permettre une **analyse proactive des besoins des personnes âgées**, une **meilleure coordination** entre les services, les usagers et leurs proches, une **meilleure transition** entre les services, entre le domicile

et les structures résidentielles et **une meilleure information** sur les services existants.

Pour ce faire, l'UNIPSO insiste sur la nécessité d'**améliorer la communication entre les services et les institutions**. Cela permettrait de développer une **meilleure connaissance des acteurs entre eux**, de favoriser une **continuité d'accompagnement** et un travail en réseau autour de la personne aidée. Il s'agit également de **favoriser un langage commun** entre les professionnels d'aide et de soins et d'assouplir le passage et la transition entre l'institutionnel et le domicile afin qu'ils permettent des transitions les plus sereines possible. L'enjeu est bien de renforcer les services et les métiers existants et leur complémentarité avant de songer à créer du nouveau.

Veiller à la complémentarité des métiers d'accompagnement

Plus globalement, l'UNIPSO souhaite réaffirmer les complémentarités entre les différents acteurs qui prennent en charge les personnes âgées tant au domicile qu'en institution ou à l'hôpital.

La diversité des métiers autour de l'accompagnement et de l'accueil trouve sa pertinence et son utilité dans la complémentarité de ceux-ci et dans l'idée d'un continuum d'aide. L'UNIPSO plaide pour une articulation plus efficace des compétences, fondée sur une organisation des métiers en complémentarité, et non en concurrence.

Pour ce faire il faut

- Mieux définir le champ d'activité, les compétences professionnelles spécifiques de chaque métier ainsi que les publics cibles aidés.
- Délimiter le champ d'activité des entreprises à profit social et des entreprises commerciales,
- Harmoniser les modes de subvention et la tarification à la clientèle.
- Clarifier aussi pour les publics le rôle spécifique de chaque intervenant.

A l'heure actuelle, par exemple, en l'absence d'une législation stricte en la matière, des travailleurs du secteur des Titres-Services sont parfois amenés à intervenir dans des situations d'aide pour lesquelles ils n'ont pas les compétences requises (situations de handicap, Alzheimer, soins palliatifs, etc.). Le transfert des compétences de l'activité titre service est une **opportunité pour renforcer l'articulation entre aide technique aux ménages ordinaires et aide à la vie quotidienne pour les publics les plus fragilisés et les plus dépendants**. Il s'agit de veiller à ce que **les missions socio-sanitaires restent en dehors de la sphère d'activité Titre service et donc de délimiter l'activité titre service au cadre strict de l'aide technique aux ménages ordinaires**.

Certes, les soins à domicile demeurent de compétence fédérale et le continuum d'aide et de soins ne pourra être complètement rassemblé dans le même niveau de pouvoir. Ce constat ne peut néanmoins que renforcer la nécessité de concentrer en un même niveau de pouvoir les compétences de l'aide technique aux ménages ordinaires et de l'aide aux personnes afin que la complémentarité de ces deux missions soit organisée au mieux par un organe jouissant de l'expertise nécessaire et de l'éclairage des acteurs de terrain.

L'UNIPSO propose par exemple de **réaffecter une partie du budget des titres-services en contingent d'heures aides ménagères à tarification sociale en soutien aux aides familiales**

Veiller à une cohérence et une transversalité entre politiques de santé, d'action sociale, du logement et de la mobilité

Il y a par exemple de véritables liens à établir entre politiques des aînés et la gestion des logements sociaux. La gestion de l'habitat dans le logement social notamment devrait permettre les **transitions aux différents moments de la vie**. De nombreuses personnes âgées vivent seules dans de grandes maisons alors que des familles attendent un logement. Il est vrai qu'il est difficile de quitter son logement

après y avoir vécu de nombreuses années mais avec de bons soutiens, accompagnements et une préparation, l'adaptation pourrait être douce. Une plus grande cohérence est nécessaire.

L'UNIPSO demande aussi au Gouvernement **d'établir une synergie entre les moyens dont dispose le secteur du logement social et celui de l'action sociale et de la santé**. Cela implique diverses modifications réglementaires aussi bien dans le cadre du Code wallon du Logement que dans le décret relatif aux investissements dans les établissements d'accueil pour personnes âgées. Les résidences services sociales sont des initiatives à souligner dans ce sens mais les synergies sont aussi à développer sur d'autres projets.

Adapter le système de financement de la dépendance

L'UNIPSO pense qu'il est temps de repenser le financement de la dépendance. Aussi, L'UNIPSO propose d'utiliser le budget de l'APA pour créer une **assurance dépendance (ou autonomie) obligatoire**. Si cela n'est pas possible immédiatement, l'UNIPSO propose de **lier l'octroi de l'APA à un véritable plan d'accompagnement élaboré en partenariat entre les services d'aide**, l'usager et ses proches, et ce, afin de conditionner l'utilisation de ce montant. Un système de chèque donnant droit à des heures d'aide et/ou de soins par les services à domicile pourrait être envisagé.

Mettre en œuvre des moyens d'information sur les services disponibles

Le lecteur aura constaté la complexité de la structuration des institutions et des services pour personnes âgées en Wallonie. Il n'est dès lors pas étonnant que les personnes qui y sont confrontées ou leurs aidants peinent à s'y retrouver. Le nombre de services et le rôle spécifique de chacun sont

difficiles à appréhender par les personnes âgées et leur entourage d'autant plus que le recours à ces services se fait souvent dans des situations d'urgence.

Aussi, le non recours des personnes âgées à certains services et à certaines aides est-il souvent dû à une **méconnaissance de l'offre**, à la lourdeur des démarches à entreprendre ou même parfois au manque d'information des travailleurs sociaux et à un certain manque de transparence du secteur sur les autres services existants. Il faut donc développer et faciliter la diffusion de l'information vers les aînés et les aidants-proches à l'aide de tous les canaux de communication disponible (journaux, télé, radio, web, etc.) et veiller à les rendre plus claires.

L'UNIPSO demande vivement que puisse être **délivrée une information claire et transparente quant aux différents soutiens disponibles, quant à la qualité et au coût réel des différents services d'aide, au prix des soins dans tous les modes d'hébergement, en ce compris celui des suppléments divers**⁵¹.

L'idée, émise par le cabinet de la Ministre Tillieux, de créer un numéro unique ou un guichet à l'intention des personnes âgées est une belle initiative. D'autant qu'il s'agirait d'un véritable service social où la personne serait écoutée et soutenue, où elle recevrait les informations recherchées, où une solution à son problème serait trouvée (sur le modèle du n°vert de l'AWIPH). L'UNIPSO encourage au développement de cette initiative. Ce numéro centralisant toutes les solutions à envisager pour l'accompagnement des personnes âgées pourrait constituer une avancée notable.

Il est aussi urgent de **développer la notion de parcours de vie entre les différents habitats**. Sur ce point, une information sur les ponts et les synergies possibles entre les lieux de vie et entre les services devraient être développée. Le passage du domicile à la MR, peut se faire en douceur en étant bien préparé (accueil de jour, soutien). L'entrée en MR

n'est pas non plus irréversible un retour à domicile peut être envisagé. Des va-et-vient entre les services sont possibles et sont à encourager.

L'UNIPSO préconise aussi le **développement d'un catalogue et d'une labellisation des habitats autour de l'accessibilité aux personnes handicapées et aux personnes âgées**.

Evaluer les politiques d'accompagnement de la personne âgée

L'UNIPSO souhaite voir **développer des indicateurs, quantitatifs et qualitatifs, permanents des besoins de la population et assurer leur suivi dans des Observatoires** tels que l'Observatoire wallon de la Santé (OWS). Il s'agirait notamment de faire une analyse proactive et durable permettant d'adapter la couverture des besoins en lien avec ces indicateurs. Il s'agirait aussi d'évaluer régulièrement la qualité de l'aide fournie afin d'améliorer les politiques d'accompagnement et les pratiques.

L'UNIPSO souhaite également que le Gouvernement procède à **une analyse comparative du coût des différentes mesures d'accompagnement** (MR(S), résidence service, centres de jour, service d'aide aux familles, soins à domicile, titres-services, APA, etc.) pour chaque niveau de dépendance, pour les pouvoirs publics, les usagers et les aidants proches. Ces questions ont déjà été soulevées en p. 10 et 11 mais le débat est toujours ouvert. Une telle évaluation des coûts est indispensable pour réorienter efficacement les politiques d'accompagnement de la personne âgée. Ce travail pourrait aussi être réalisé par l'OWS par exemple.

De manière générale, **une culture de l'évaluation doit être développée** en Wallonie incluant des indices de qualité, de coût et d'efficacité.

⁵¹ L'UNIPSO souligne le fait que la DPR fait déjà mention de cette volonté.

Développer la prévention pour éviter la perte d'autonomie des personnes âgées

L'UNIPSO souhaite qu'en amont, une attention particulière soit portée à la promotion de la santé, afin de garantir une meilleure qualité de vie et par conséquent une prise en charge en termes de soins plus tardive. Il s'agit donc d'analyser les besoins des personnes âgées de manière beaucoup plus proactive afin de ne pas proposer trop tard une aide et un soutien au binôme personne âgée-aidant informel.

Les politiques de prévention et de promotion de la santé doivent se développer afin notamment de rendre le citoyen plus directement responsable de sa santé (vaccins, éducation à la santé et aux bonnes habitudes d'hygiène de vie dès le plus jeune âge, encouragement de la production d'aliments sains, etc.). Il s'agit d'intensifier la prévention en portant attention aux problèmes de **nutrition** et de **médication** ainsi qu'au problème d'**isolement** susceptibles d'accélérer la perte d'autonomie des personnes âgées. Il faut aussi traiter les maladies chroniques et prévenir leurs séquelles, améliorer le bien-être social (afin de briser le cercle vicieux pauvreté - vulnérabilité médicale - pauvreté) ou encore offrir un environnement plus adapté aux personnes âgées.

Globalement, l'UNIPSO demande au gouvernement de **mener des actions qui stimulent et maintiennent l'autonomie** des personnes âgées et des personnes handicapées le plus longtemps possible. Les intervenants de première ligne peuvent jouer un rôle déterminant dans ce domaine.

Le transfert aux entités fédérées de certaines compétences notamment en termes de prévention, constitue donc une opportunité majeure pour mieux déployer une politique

coordonnée et cohérente de prévention et d'éducation à la santé⁵².

Il est urgent également de **promouvoir des axes de prévention** concernant les chutes et autres accidents domestiques et ce pour encourager les personnes à changer de domicile (ou à l'adapter) avant de se trouver dans un état de grande difficulté. Ainsi tout **un travail médiatique sur les mentalités devrait être entrepris**. Il est peu concevable pour beaucoup de personnes âgées aujourd'hui de quitter leur logement. Le changement peut faire peur, mais s'il est bien préparé, il peut se faire en douceur. Toute décision prise dans la précipitation peut s'avérer catastrophique quant aux conséquences pour la personne (traumatisme psychologique, solution peu ou pas adaptée, manque de respect des besoins et des libertés de la personne, etc.). Il faut, de façon similaire, pour les personnes vieillissantes en situation de handicap, **préparer la transition, prévenir** le risque de disparation des proches afin d'éviter la rupture totale et soudaine.

Renforcer et stimuler l'innovation sociale dans l'accompagnement des personnes âgées

L'accompagnement des personnes âgées évolue continuellement et est source d'innovation sociale permanente tant via **les nouvelles technologies et l'organisation du travail que dans le cadre de la création de nouveaux services à domicile** (gardes à domicile Alzheimer, services de répit à domicile, etc.) ou encore dans celle de **nouveaux lieux de vie pour personnes âgées** (centres d'accueil de jour, habitats intergénérationnels, habitats groupés, etc.). Ces initiatives demeurent néanmoins encore trop rares et sont souvent encore au stade de projet-pilote.

Il y a par ailleurs également possibilité d'innover tout en restant dans un cadre institutionnel, de créer et d'inventer de

⁵² Rapport scientifique de Marthe Nyssens.

nouvelles façons de vivre dans les institutions. Des cadres traditionnels ont ainsi pu s'ouvrir à la nouveauté en partant du constat de manquements, de difficultés ou de vides dans la qualité de vie des personnes âgées et ont pu envisager des solutions nouvelles telles que l'aménagement des relations avec le personnel⁵³, l'ouverture sur l'extérieur, l'apport d'autres générations⁵⁴ ou encore le maintien voire le rétablissement de l'autonomie et du contrôle⁵⁵.

L'UNIPSO demande au Gouvernement **de recenser les initiatives existantes, d'évaluer et de soutenir structurellement les expériences pilotes** qui permettent non seulement d'encourager le maintien à domicile des personnes âgées mais aussi de préserver leur autonomie et leur qualité de vie.

L'UNIPSO demande également **d'encourager et de soutenir, de façon proactive, l'innovation sociale et l'esprit d'entreprendre dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées.** Cet encouragement pourrait se faire via le **lancement d'un appel à projets** pour créer des formes nouvelles et innovantes de prises en charge de la dépendance en institution ou au domicile⁵⁶. Il existe des initiatives ponctuelles, comme le prix Innovation sociale de l'UNIPSO ou le prix Egalité⁵⁷, qui méritent d'être développées et pérennisées.

Développer et soutenir la vie à domicile en réponse au besoin d'autonomie des personnes âgées

Une enquête menée durant onze ans par le panel Démographique de l'ULg montre que les solutions privilégiées par les personnes âgées interrogées sont de combiner les aides formelles (professionnelles) et informelles (familiales, voisinage) à domicile (39,99% des réponses); vient ensuite « rester chez soi » en recourant à des aides formelles (29,2%). Entrer en MR entre en troisième choix seulement (13,4%)⁵⁸

A l'instar de la DPR⁵⁹, l'UNIPSO souhaite que les services favorisant le **soutien à domicile des personnes âgées soient encouragés prioritairement**, afin de favoriser l'autonomie et le maintien de la qualité de vie pour les aînés. A ce sujet, l'UNIPSO souligne l'initiative de la Wallonie de se doter d'un plan « Bien vivre chez soi »⁶⁰ ayant cet objectif.

Une projection du Bureau du Plan⁶¹ montre par exemple que si l'offre d'aide à domicile est augmentée de 50% au-delà de son évolution logique (à politique inchangée et compte tenu du vieillissement de la population), la Wallonie ne devrait plus atteindre que 50.500 lits MR/MRS à l'horizon 2025 au lieu des 55.800 lits annoncés (soit 750 lits par an). Une autre estimation basée sur l'hypothèse que la Wallonie adopte la même répartition des personnes âgées entre domicile et MR(S) que la Flandre conclut à la nécessité d'ouvrir seulement 1.000 lits sur 15 ans, soit une cinquantaine de lits

⁵³ Au Domaine des Rièzes et Sarts, par exemple, il n'y a pas de blouses blanches pour le personnel, ainsi les résidents n'ont pas l'impression d'être dans un hôpital.

⁵⁴ Le Balloir à Liège ou l'auberge du Vivier à Habay.

⁵⁵ Au domaine des Rièzes et Sarts encore il n'y a pas d'horaire (pour les repas, les couchers et levers, etc.), les résidents possèdent une clef de leur chambre ce qui leur procure plus d'intimité.

⁵⁶ Cette mesure est également défendue par les experts du rapport scientifique concernant la ligne de force 4 du Plan Horizon 2022 coordonné par M. Nyssens.

⁵⁷ www.egalite.wallonie.be.

⁵⁸ « Panel Démographie Familiale » est une enquête de grande envergure lancée par les Services fédéraux des Affaires scientifiques, techniques et culturelles. Chaque année, pendant 11 ans, une même série de questions a été soumise au même échantillon d'individus et de familles Bruxelles, en Flandre et en Wallonie. Un livre qui se base sur ces données est paru en novembre 2004.

⁵⁹ DPR, Déclaration de Politique Régionale wallonne 2010-2014. www.bienvivrechezsoi.be.

⁶¹ VAN DEN BOSCH, K; WILLEME, P., GEERTS, J., « Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025 », KCE reports 167 B, 2011.

par an. Ces projections, bien qu'imparfaites, montrent l'impact que pourrait avoir une stratégie politique anticipative sur les finances publiques ainsi que sur la capacité des pouvoirs publics à répondre aux défis du vieillissement de la population.

L'UNIPSO insiste sur l'importance de mettre en place des politiques d'encouragement du soutien et de l'accompagnement à domicile pour infléchir le recours croissant aux structures résidentielles. Mais d'abord, elle rappelle la nécessité **d'inscrire ces politiques dans un accompagnement accessible et global de la personne âgée (non réduite aux seuls soins), soucieuse d'encourager l'autonomie des personnes et de renforcer leur qualité de vie.**

Elle réitère ensuite l'enjeu **d'appréhender le lieu de vie non pas comme une opposition entre le domicile et le reste mais comme un continuum où des va-et-vient entre le domicile et la vie en institution sont envisageables.**

L'UNIPSO juge important de rappeler qu'une politique de maintien des seniors à domicile ne peut se justifier uniquement par le manque de place en MR(S) ou pour des raisons de gestion des finances publiques. Non, il doit s'agir d'un choix favorisant la qualité de vie des aînés et le bien vieillir en Wallonie ! Il convient en outre, dans ce cas, de mener des actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées à domicile.

Assurer un soutien structurel aux services d'aide et de soins à domicile

Bien que les services d'aide à domicile soient ouverts à d'autres publics, ce sont les personnes âgées qui en sont les plus grandes utilisatrices. Une personne âgée sur 10 entre 65 et 74 ans et une personne âgée sur 5 à partir de 75 ans font

appel à un service d'aide à domicile⁶². A l'avenir, le phénomène de « double vieillissement »⁶³ et l'éventuelle réorientation politique dans la stratégie de prise en charge de la dépendance (cf. supra) vont **augmenter la demande de façon encore plus importante.**

L'UNIPSO demande au Gouvernement de se doter des moyens nécessaires pour répondre à l'augmentation des besoins et permettre à toutes les personnes qui le désirent de bénéficier d'une aide à domicile.

L'UNIPSO demande **d'augmenter le contingent d'heure des prestataires de services**, en ce compris le contingent d'heures inconfortables en regard de l'évolution démographique et du transfert de compétences. Ce contingent est actuellement insuffisant pour permettre aux services de répondre efficacement aux nombreuses sollicitations. Au vu des évolutions statistiques prévues, la situation s'aggraverait au fil des années.

Outre l'augmentation du contingent d'heures, l'UNIPSO demande également au Gouvernement de **renforcer la politique de soutien structurel aux organisations non lucratives du secteur**. Un soutien renforcé leur permettra de pouvoir répondre à l'accroissement des besoins en engageant, en formant et en accompagnant le personnel nécessaire pour remplir les missions qui leur sont confiées tout en offrant des services de qualité, accessibles à tous.

⁶² « Coûts du handicap, de la maladie : Quelque(s) Réalité(s) financière(s) et autres », Observatoire ASPH de la Personne Handicapée, étude 2010.

⁶³ Ce phénomène correspond à l'augmentation de la part des 80 ans et plus dans la population des personnes âgées, soit un vieillissement dans le vieillissement.

Soutenir la qualité et la continuité des soins infirmiers à domicile

Le recours aux soins infirmiers à domicile est plus fréquent au fur et à mesure que les gens vieillissent. L'augmentation de l'espérance de vie entraîne un nombre croissant d'affections chroniques et de pathologies lourdes. Ce constat, combiné à la réduction de la durée de séjour à l'hôpital, **augmente la demande de soins infirmiers à domicile** de façon importante.

La Mutualité Socialiste⁶⁴ a récemment calculé que le besoin en soins à domicile est de **20% supérieur à l'offre actuellement disponible**. Selon une enquête du SPF sécurité sociale en 2005⁶⁵, on doit de plus s'attendre à **une augmentation de la demande en soins infirmiers à domicile de 29%** (voire de 40 % en l'absence d'amélioration de la santé) **d'ici 2020**. Les dépenses annuelles pour les soins infirmiers à domicile représentent 4% des dépenses totales de soins de santé de l'INAMI, et augmentent annuellement de 7% en moyenne, soit 1% de plus que l'augmentation moyenne des dépenses totales de soins de santé. Les raisons de cette augmentation sont à chercher dans le vieillissement de la population, le nombre croissant d'affections chroniques et la réduction de la durée de séjour à l'hôpital. Le KCE souligne toutefois que la nomenclature INAMI actuelle est complexe et obsolète. Plusieurs activités devenues fréquentes ne font pas partie de la liste des prestations. Par conséquent, il serait opportun d'étudier si les tarifs actuels couvrent les coûts réels⁶⁶.

Par ailleurs, Depuis 2000, un écart de 7 à 8% s'est creusé entre l'intervention INAMI et les coûts réels des infirmiers. Cette réalité s'ajoute à la hausse des prix des carburants. L'objectif de rentabilité met alors les services sous pression et

impose aux infirmiers de réaliser toujours plus de prestations sur leur journée alors même que celles-ci sont de plus en plus complexes et pointues. La volonté du Gouvernement de réaliser des économies dans ce secteur s'additionne aux autres difficultés et empêchent de trouver des marges pour maintenir l'activité des soins à domicile en équilibre⁶⁷.

L'UNIPSO demande de **revoir la nomenclature INAMI et d'octroyer un budget suffisant pour le refinancement des prestations des soins infirmiers** afin de pouvoir répondre à la demande croissante et de plus en plus complexe.

Renforcer l'encadrement et la supervision des prestataires au domicile

Face à une demande croissante entraînant un nombre de visites quotidiennes de plus en plus important et face au niveau de dépendance élevé des aînés, les prestataires de services sont confrontés à des problématiques complexes où ils se sentent parfois isolés⁶⁸. Les conditions de travail permettent de moins en moins le respect des personnes âgées. On demande aux professionnels de travailler plus vite et de poser des gestes plus complexes et ce au détriment du temps donné au dialogue entre le prestataire, la personne âgée et sa famille. Or, les aînés sont des personnes parfois seules qui recherchent une écoute et un soutien. Il est dès lors important de tisser un lien social, de respecter les rythmes des personnes et de prendre du temps à d'autres tâches que les soins.

Cette pression qui pèse sur le travailleur dans sa pratique quotidienne contribue à provoquer une forme de pénibilité du travail des travailleurs au domicile. Combinées au manque de valorisation et aux faibles perspectives d'évolution de carrière, ces raisons expliquent pour partie les difficultés de

⁶⁴ DAUE, F., CRAINICH, D., « *L'avenir des soins de santé : Oser le diagnostic et les thérapies* », 2010.

⁶⁵ PACOLET, J., DELIÈGE, D. « *Vieillesse, Aide et Soins de Santé en Belgique* », Rapport de Synthèse pour le SPF Sécurité Sociale, 2005.

⁶⁶ Communiqué de presse KCE, 4 février 2010.

⁶⁷ La fin des soins infirmiers à domicile ?, 16 octobre 2012, FASD et autres.

⁶⁸ CASMAN, M -T., CLOSON, M., « *Evaluation des critères de programmation à appliquer pour subventionner les services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées* », Rapport de février 2005.

recrutement et le turnover important mis en évidence par certains employeurs du secteur⁶⁹.

L'UNIPSO considère qu'outre une augmentation du contingent d'heures, **un meilleur encadrement et une supervision renforcée des équipes** peuvent aider à répondre à cette problématique et améliorer également l'attractivité de la profession d'aide familiale. Aussi, l'UNIPSO demande au Gouvernement de renforcer les services d'aide et de soins à domicile en **améliorant les normes d'encadrement**. Par exemple un travailleur social pour 20 aides familiales (ETP), un travailleur administratif pour 30 aides familiales (ETP). L'UNIPSO demande également de **créer une norme d'intervision** et de **reconnaître le personnel de direction**.

Développer l'accompagnement de la santé mentale à domicile

On constate très peu d'accompagnement de la santé mentale des personnes âgées en général. Et il y a peu d'experts dans ce domaine. De plus, les statistiques des populations fréquentant les services de Santé Mentale montrent que très peu de personnes âgées les consultent. Dans le même temps, les services de santé mentale se sont montrés peu intéressés par la population âgée et sa santé mentale.

Or, les professionnels de l'aide à domicile observent une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de problèmes de santé mentale. L'augmentation de l'espérance de vie provoque, en effet, une hausse des problèmes de santé mentale dans la population. Les professionnels sont relativement démunis face à ces personnes qui demandent une attention et une qualification particulières. Les démences des aînés sont également plus lourdes ce qui impose le développement d'un accompagnement particulier et l'apparition de services à domicile spécialisés. L'UNIPSO

avance que des **spécialisations** seraient nécessaires **pour les professionnels**.

Depuis peu, certains **projets innovants** tels que les services de garde à domicile Alzheimer répondent partiellement à ces nouveaux besoins. Un centre de guidance de Malmedy⁷⁰ développe aussi des consultations en santé mentale à domicile (mais aussi dans d'autres lieux de vie) par des psychologues et ce dans une optique de travail en réseau avec la famille et les professionnels travaillant aussi au domicile des personnes. L'UNIPSO souhaite que de telles **initiatives** soient **soutenues de façon structurelle, évaluées et étendues à l'ensemble du territoire**.

L'UNIPSO souligne également que la santé mentale ne se limite pas à la maladie d'Alzheimer et qu'il y a lieu de répondre aux besoins de personnes présentant d'autres formes de démences. La prise en charge de la santé mentale doit se faire en **utilisant les concertations en santé mentale qui permettent de convier tous les prestataires et d'échanger avec eux autour des difficultés rencontrées**.

Réaliser des projets d'hospitalisation à domicile (HAD)

L'augmentation du niveau de dépendance nécessite une adaptation de l'accompagnement à domicile vers une approche plus médicalisée des usagers. A ce titre, l'hospitalisation à domicile (HAD), comme les soins palliatifs à domicile, constituent des politiques à expérimenter. Outre le bien-être du malade, le maintien à domicile permet en effet d'éviter la désocialisation des personnes âgées. L'impact positif de l'HAD sur la santé mériterait d'être investigué pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'accompagnement. Par ailleurs, D'un point de vue médico-économique, l'HAD présente la caractéristique de faire prendre en charge, par les ménages, les coûts non directement liés aux actes médicaux

⁶⁹ Le métier d'Aide familial(e) est identifié comme un métier en demande par le FOREM en octobre 2012.

⁷⁰ GOBIET Pierre, psychologue, est le porteur de ce projet.

et paramédicaux. Le coût d'une journée d'HAD est donc plus faible que celui d'une journée d'hospitalisation complète⁷¹.

L'UNIPSO souligne que l'intérêt médico-économique de l'HAD doit cependant s'apprécier par rapport à la trajectoire complète des usagers. Une prise en charge en HAD peut ainsi être nettement plus longue. C'est pourquoi, l'UNIPSO demande au Gouvernement d'analyser ces questions pour **optimiser la place de l'HAD dans l'accompagnement global et cohérent des personnes dépendantes**.

La complémentarité des secteurs est ici encore à mettre en avant. Il faut sortir du cloisonnement et penser globalement l'accompagnement des personnes. La collaboration entre les hôpitaux d'un côté et les soins à domicile de l'autre sont un bel exemple de pratiques innovantes.

Revoir les barèmes de contribution de l'usager

Le coût des services d'aide familiale pour l'usager est calculé en fonction de plusieurs éléments : revenus nets mensuels du ménage, natures des revenus, handicap, pensions alimentaire et composition de famille. Ce barème n'est pas revu annuellement en Wallonie et n'a pas évolué depuis 1993⁷². Les plafonds des différentes tranches de revenus permettant de fixer le tarif demandé au bénéficiaire n'ont pas été indexés. Or, des simulations réalisées sous la précédente législature ont clairement démontré qu'une indexation des tranches de revenus entraînerait un moindre coût pour les bénéficiaires⁷³. L'application du barème actuel ne permet pas d'appréhender socialement toutes les situations et entraîne des difficultés pour un certain nombre de personnes qui ont

besoin de l'intervention des services d'aide aux familles. Ainsi, La contribution horaire du bénéficiaire est spécialement élevée pour les familles à deux revenus ou encore pour les ménages où plusieurs générations d'adultes cohabitent.

Une première mesure en faveur des bénéficiaires a été prise à partir de 2009 par la mise en œuvre d'une réduction forfaitaire de 0,40 euro/l'heure dans le chef des bénéficiaires. Mais c'est encore insuffisant.

Une enquête est actuellement en cours à l'initiative du ministre de l'Action sociale et de la santé sur divers scénarii de révision des barèmes et l'UNIPSO souligne cette initiative. Mais l'UNIPSO insiste sur le **caractère urgent de réviser la quote-part payée par les bénéficiaires**⁷⁴ et de **garantir aux services une compensation en cas de contraction de l'intervention des familles** (modulation du subventionnement des services par exemple).

Valoriser et soutenir l'aidant proche

L'allongement de l'espérance de vie et son impact sur le niveau de dépendance des personnes âgées complexifieront à l'avenir la tâche des aidants proches qui doivent déjà conjuguer avec l'évolution des liens familiaux et les difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle.

Il est par ailleurs prouvé que les solidarités familiales perdurent d'autant mieux qu'elles sont relayées par l'aide publique⁷⁵. A ce titre, l'UNIPSO souligne l'avancée que représente l'avant-projet de loi signé le 22 mars 2013⁷⁶, actant la reconnaissance juridique de l'aidant proche. Même si le parcours juridique est encore long, cette reconnaissance

⁷¹ DURAND, N., LANNELONGUE, Ch., LEGRAND, P., « Hospitalisation à domicile (HAD) », IGEAS, 2010.

⁷² Ce barème est toujours régi par l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 30 mars 1983 portant la fixation de la contribution du bénéficiaire tel que modifié notamment par l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 19 avril 1993.

⁷³ AIS, 31 mai 2011, Question orale de M. Marc ELSEN à Mme la Ministre Eliane TILLIEUX.

⁷⁴ Cet objectif est d'ailleurs inscrit dans le programme wallon en faveur des aînés, adopté par le Gouvernement le 29 avril 2010.

⁷⁵ « Vieillesse, dépendance et lieux de vie », L'Observatoire no 44, 2006.

⁷⁶ A l'initiative de Philippe COURARD, Secrétaire d'Etat aux Personnes handicapées, le Conseil des Ministres a adopté ce vendredi 22 mars l'avant-projet de loi relatif à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance.

permet de clarifier le concept et d'identifier ses différentes formes.

Toutefois, l'UNIPSO demande au Gouvernement de **compléter cette reconnaissance par une véritable politique de soutien aux aidants proches** en établissant des **droits** et des mesures visant à **reconnaitre**, à **accompagner** et à **faciliter leur travail**, lequel doit être reconnu comme une valeur ajoutée pour la société.

Au niveau des droits de l'aidant, une étude de la VUB et de la FUNDP⁷⁷ met en lumière ce qui existe en termes de mesures juridiques, et leurs impacts sur la vie de l'aidant proche. Des propositions d'aménagement cohérentes sont aussi rassemblées comme par exemple celles de permettre une réduction du temps de travail, une flexibilité dans le travail ou dans les horaires, de valoriser le statut pour les personnes au foyer, ou encore d'étendre la période de congé pour motif de soins, etc.

Au niveau des politiques de soutien, il faut soutenir et encourager la mise en œuvre de **structures de répit** permettant à l'aidant proche de souffler quelques jours, améliorer l'information sur les services d'appui existants, développer la coordination entre aides informelle et formelle, etc.

L'UNIPSO ne souhaite toutefois **pas rendre cette aide informelle « attractive » financièrement**. Il ne faut pas que le soutien apporté par l'aidant proche soit considéré comme un substitut à l'aide professionnelle mais bien comme un **réel partenariat dans l'accompagnement de la dépendance des personnes âgées**. Ce partenariat devrait se traduire par une participation de l'aidant proche aux réunions pluridisciplinaires autour du patient en vue notamment de lui permettre de recevoir mais aussi de communiquer des informations à l'équipe soignante. Cette complémentarité est naturelle. En effet, les deux acteurs (aidants proches et professionnels) s'aident mutuellement. Les professionnels apportent aux aidants proches des actes qu'ils ne savent pas

faire, une expertise, des conseils, un encadrement et les aidants proches, témoins directs de l'état de santé physique et psychologique des personnes dont il faut s'occuper, apportent leur expertise, leurs conseils et leur connaissance de l'aidé, notamment dans sa dimension affective. Les professionnels prennent aussi souvent le relais des aidants proches pour leur permettre de souffler. Pour que cette collaboration entre aidants-proches et professionnels soit optimale, il faut que les tâches des uns et des autres soient clairement définies, éventuellement dans le plan d'aide et de soins ou dans le plan d'intervention.

Adapter les logements aux problématiques de la vieillesse et du handicap

Les petits travaux d'aménagement du logement sont également très importants pour favoriser le maintien à domicile et réduire les risques de chute. Il s'agit de bricolages divers et de petits travaux de rénovation. Ces **aménagements** devraient être **conseillés systématiquement** dans les consultations de gérontologie avec renvoi vers des professionnels.

Différentes entreprises à profit social telles que ILDE (Initiative Locale développement de l'emploi), EI (Entreprise d'Insertion) ou IDESS (Initiatives de Développement de l'Emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale), investissent ce champ délaissé par les travailleurs indépendants et les entreprises classiques car non rentable. L'agrément IDESS ne permet toutefois pas de répondre adéquatement à la diversité et à la spécificité des besoins des personnes âgées. En outre, la hauteur des subventions actuelles, en comparaison au coût réel des prestations, remet en cause la qualité de service et d'emploi dans ces entreprises. L'UNIPSO demande une **adaptation de l'agrément IDESS**, notamment en reconnaissant et en soutenant les finalités souvent multiples poursuivies par ces structures.

⁷⁷ www.aidants-proches.be/rshared/File/reconnaissance-legale-des-aidants-proches.pdf.

L'UNIPSO préconise également **l'octroi de certaines primes conditionnées à un audit des logements basé sur la sécurité, l'accessibilité et l'adaptabilité**, à l'instar de ce qui existe pour la performance énergétique des bâtiments. Sur ce point, l'UNIPSO souligne l'initiative du plan « bien vivre chez soi » dans le cadre duquel un budget de 400.000 euros est consacré à l'octroi de prêts à 0% pour des aménagements au domicile des personnes (entre 300 et 10.000 euros). À côté de cette initiative, la mise à disposition d'ergothérapeutes gratuits est également à souligner positivement. Une évaluation du dispositif serait toutefois souhaitable. Il faut pourtant pointer l'absence de financement public pour les personnes de plus de 65 ans. Les travaux d'aménagement pratiqués pour les personnes de plus de 65 ans devraient également bénéficier **d'un financement individuel** au-delà du fameux prêt à 0 %.

L'UNIPSO note également que les services à domicile peuvent être les meilleurs relais pour transmettre les informations relatives à l'aménagement du lieu de vie aux bénéficiaires.

Développer les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)

Plusieurs domaines d'utilisation des TIC ont été identifiés par la Commission européenne⁷⁸ comme **source d'inclusion sociale**. Certaines technologies peuvent par exemple compenser des déficiences (motrices, cognitives, communicationnelles) propres aux aînés. C'est le cas notamment de robots capables d'assister les personnes âgées et des « *smart homes* » correspondant à un aménagement de l'espace facilitant la vie des personnes dépendantes. **La domotique** concerne des domaines comme la programmation des appareils électrodomestiques ou la sécurité des personnes. Enfin, le « télé-care » (ou **télé-assistance**) fait, quant à lui, référence à la diminution du

besoin d'assistance par une personne tierce par le recours au le plus souvent de système d'alarme⁷⁹. Il existe aussi des systèmes de **télé-médecine** et des **soins télématiques**. L'emploi de ces systèmes devrait être **encouragé, développé et financé**.

Le développement de « gérontechnologies » peut contribuer au bien-être et au soutien à l'autonomie de la personne âgée mais il est toutefois à encadrer. Si « *les gérontechnologies ont pour objectif d'augmenter la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées et fragilisées, de favoriser l'aide aux seniors, à leur entourage et au personnel soignant* »⁸⁰, elles peuvent aussi créer une forme de dépendance. Dans certains cas, il arrive que ces technologies se transforment malheureusement en outil de surveillance de personnes vulnérables. Il ne faudrait pas non plus que les technologies remplacent le lien social construit avec les pairs, les liens intergénérationnels ou le contact avec les professionnels. Il faut veiller à ce qu'elles ne renforcent pas l'isolement. L'UNIPSO entend que ces technologies s'inscrivent dans le respect et le renforcement du contact humain et du lien relationnel⁸¹.

L'UNIPSO souhaite que le Gouvernement **encourage la recherche et l'innovation technologique au profit d'une amélioration de la qualité de vie des aînés** mais elle préconise **d'encadrer ces technologies** en soulignant la nécessaire prise en compte d'une **dimension éthique** par rapport à l'utilisation des gérontechnologies⁸². Les nouvelles technologies constituent des outils formidables mais il est nécessaire d'une part d'apprendre à les maîtriser et d'autre part de réfléchir à leur utilisation efficiente au service des personnes âgées.

⁷⁹ www.easylinesplus.com

⁸⁰ RUELLAN, I., « *Les Gérontechnologies : des technologies nouvelles au service des personnes âgées, de leurs aidants et des soignants* » DIU, Université René Descartes-Paris V, 2011.

⁸¹ www.actualcare.be/default.asp?Taal=Fr&Pag=Detail&IdPulicatieInhoud=483.

⁸² ENNUYER, B., « *Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ?* », Gérontologie et société, n° 131, p. 63-79, avril 2009.

⁷⁸ GALLAIS, A., « *Le rôle des nouvelles technologies en matière d'inclusion sociale : une vision européenne* », Working paper, Pour la solidarité, mars 2012.

Soutenir et développer les structures de jour

L'isolement et la solitude sont des difficultés régulièrement soulignées par les personnes âgées vivant à domicile qu'elles soient valides ou non. Paradoxalement, ces mêmes personnes ne souhaitent pas intégrer une structure d'accueil résidentielle par crainte de perdre leur autonomie. Les **centres d'accueil de jour**, les centres de soins de jour et les **maisons d'accueil communautaire** constituent une piste de solution pour répondre à ce constat paradoxal. Ces lieux d'accueil répondent au double défi du **soutien au maintien à domicile et de sauvegarde du lien social**. De telles initiatives permettent aussi de **soulager les aidants proches**. Pour l'UNIPSO, « bien vieillir » à domicile passe par la mise en place d'un réseau de structures d'accueil de jour, non spécialisées, accessibles et offrant un accompagnement et des activités de qualité. L'UNIPSO demande que chaque entité communale soit dotée de telles structures de jour et que les déplacements vers celles-ci soient facilités. Elle juge également essentiel de **reconnaître et de soutenir structurellement leur spécificité** et leurs apports dans l'accompagnement global et cohérent des personnes âgées. Leur rôle est spécifique et nécessite de ne pas être identifié exclusivement comme un premier passage vers les MR(S). Il faut impérativement réfléchir au développement et au financement de ces formules alternatives.

Soutenir les infrastructures d'accueil résidentielles existantes, permanentes et temporaires sur tout le territoire

L'UNIPSO a souligné, ci-avant, l'importance de développer les services à domicile pour maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible chez elles, dans de bonnes conditions. Cette revendication n'est pas en opposition avec le maintien et le développement d'une offre résidentielle et d'une offre de soins résidentiels suffisantes, qu'elles soient temporaires ou permanentes.

Là où le nombre de lits en MR, MRS, CS, RS ou autres sont insuffisants, la répercussion se fait sur l'explosion des demandes d'interventions à domicile et, le plus souvent, en heures inconfortables. L'investissement dans les infrastructures d'accueil existantes est donc essentiel. Le développement de places gériatriques dans les hôpitaux ou d'alternatives possibles à l'hospitalisation fait partie de l'équilibre à trouver pour une prise en charge suffisante et adaptée aux besoins des personnes âgées.

Assurer le financement des MR et MRS existantes suite au transfert de compétences pour répondre à l'évolution des besoins

Un volet important de l'accord institutionnel relatif à la sixième réforme de l'état correspond au transfert du Fédéral vers les Communautés⁸³ du secteur des MR/MRS. Pour rappel, ce secteur héberge 8,3% des personnes de plus de 65 ans en Wallonie (4,9% en MR et 3,4% en MRS) pour 5,8% en Flandre (2,5% en MR et 3,3% en MRS). La Wallonie dispose donc proportionnellement de deux fois plus de personnes âgées en maison de repos⁸⁴.

Le transfert des MR(S) et l'évolution prévue du budget qui y est liée suscite quelques inquiétudes auprès de l'UNIPSO. En effet, alors que les dépenses annuelles des MR(S) ont augmenté en moyenne de 7,04 %, entre 2001 et 2010, elles vont être limitées à l'avenir à un taux de croissance de moins de 5%⁸⁵ puisque l'accord institutionnel prévoit une évolution du budget en fonction de l'évolution des personnes âgées de plus de 80 ans, de 82,5% de la croissance réelle du PIB et de l'inflation. Une projection pour la période 2011-2021, tenant compte des perspectives démographiques et de l'évolution moyenne des indicateurs économiques sur la décennie

⁸³ L'application de l'accord de la Saint-Quentin permet de transférer cette matière de la communauté Wallonie-Bruxelles vers la Wallonie.

⁸⁴ VAN DEN BOSCH, K; WILLEME, P., GEERTS, J., « Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025 », KCE reports 167 B, 2011.

⁸⁵ FIH, Note relative aux transferts des compétences, 2012.

précédente, donne ainsi une future croissance annuelle moyenne aux alentours de 4,9%. C'est bien moins que la croissance actuelle.

L'UNIPSO constate que ce **futur taux de croissance ne permet pas de financer l'évolution actuelle et encore moins future des dépenses et des besoins**. Elle **déplore également le lien contraignant entre l'évolution des moyens disponibles et la croissance du PIB**. En période de crise économique, marquée par une croissance faible ou nulle du PIB, les moyens seront réduits tandis que les besoins d'accompagnement de la dépendance risquent d'être accentués. Ils ne diminueront en tout cas pas proportionnellement au PIB. La qualité et l'accessibilité des services en seraient diminuées, entraînant une dualisation de l'offre.

Pour rappel, cette contrainte budgétaire s'ajoute à une réalité démographique : le « double vieillissement »⁸⁶ de la population. Ce dernier accentue encore les besoins d'accompagnement de personnes lourdement dépendantes. Comment y répondre si les budgets alloués sont insuffisants ?

A titre d'exemple, une **projection du Bureau du Plan**⁸⁷ montre que, à politique inchangée et compte tenu des évolutions démographiques, **la Wallonie devrait augmenter sa capacité d'accueil en MR(S) de 25%, entre 2010 et 2025, pour atteindre 55.800 lits, soit ouvrir plus de 750 lits par an**.

D'autres études et projections donnent des chiffres différents. Les évaluations varient en fonction de l'évolution de la morbidité, de la dépendance, des places de court séjour ou

de la disponibilité des aides informelles mais toutes font état d'un besoin en augmentation⁸⁸.

Compte-tenu de ces études prospectives, la modification du moratoire de 1997 sur les MR était fort attendue⁸⁹. Si cette modification a permis d'ouvrir 1000 lits supplémentaires en Wallonie, force est de constater qu'elle ne suffit pas à combler les besoins.

Créer de nouvelles places de court-séjour (CS)

Trop souvent des personnes âgées et leurs proches sont confrontés à une sortie d'hôpital précoce, programmée à court terme et non préparée. Le retour à domicile est dès lors vu comme une difficulté. Il apparaît donc impératif de **créer un lien entre l'hôpital et le domicile afin d'organiser une continuité des soins et d'éviter au maximum les ré-hospitalisations. Les places de court-séjour sont aussi des solutions temporaires en cas d'hospitalisation du conjoint ou de l'aidant proche ou en cas de vacances planifiées pour l'entourage sans autre solution d'accompagnement pour les personnes âgées**.

L'UNIPSO souhaite que le Gouvernement crée des nouvelles places de court séjour afin d'apporter une réponse temporaire aux personnes âgées, fragiles ou malades. Ces places leur permettront d'effectuer un libre choix, en toute autonomie, plutôt que de devoir subir un placement définitif et non nécessaire. Cette création de place est d'autant plus souhaitable que le minimum de 29%⁹⁰ (cf. p.24.) imposé par le protocole 3 au secteur public n'est pas encore respecté aujourd'hui.

⁸⁶ Par double vieillissement, on entend le vieillissement au sein du vieillissement de la population, soit la part plus élevée des 80 et + au sein des 65 ans et +.

⁸⁷ Projections 2010 - 2025 Soins résidentiels aux personnes âgées : Bureau fédéral du Plan, Karel Van den Bosch, Joanna Geerts, Peter Willemé, Table Ronde « *Les soins aux personnes âgées ...* » organisée par le CRIV Louvain-la-Neuve 18/10/12.

⁸⁸ www.uvcw.be/no_index/cpas/Estimation-besoins-lits-MRPA-MRS-2011-2031.pdf. DGSPF 2005.

⁸⁹ Le décret de 2009 a été changé : Art. 4. La capacité maximale des lits de maison de repos et des lits de maison de repos et de soins est fixée à 49 342 lits.

⁹⁰ Le décret de 2009 établit la répartition des lits entre les établissements du secteur public (min. 29%), du secteur associatif (min. 21%) et du secteur privé commercial (max. 50%).

Impliquer les personnes âgées dans la décision d'entrée en MR(S)

Le choix d'un établissement résidentiel n'est pas toujours une chose aisée. Les personnes âgées et leurs proches font face à de nombreux problèmes parmi lesquels pénurie de places, prix parfois élevé, confort variable et choix de la localisation idéale (soit près du domicile de la personne, soit près de celui des enfants). A cela, s'ajoute le fait que malheureusement le choix du placement en MR-MRS s'impose souvent en urgence, sans préparation, suite à un problème de santé ou un problème social apparu subitement. Des décisions, pourtant cruciales pour la personne âgées, sont alors bien souvent prises dans la précipitation. Parfois même, elles lui sont imposées.

Une étude du panel démographique de l'ULG⁹¹ a relevé que, dans 43% des situations, c'est la personne âgée qui décidait seule d'intégrer une MR-MRS ; dans 15% des cas, la décision se prend en concertation avec les enfants ; dans 20% avec son médecin. Enfin, **15% des personnes placées n'ont pas été consultées** : elles sont placées par la famille, les enfants ou le conjoint. Or, **il apparaît que si la personne a été active dans la prise de décision d'entrer en MR(S), elle s'y adapte plus facilement et s'y plait davantage.**

Afin d'améliorer l'adaptation des personnes âgées à l'environnement résidentiel, l'UNIPSO demande au Gouvernement d'intensifier l'information disponible sur les maisons de repos et d'encourager une continuité dans l'accompagnement social des personnes entre le domicile et l'hébergement résidentiel. Une information précise et transparente contribuera également à améliorer leur perception des maisons de repos⁹².

Permettre l'ouverture des MR(S) vers l'extérieur

Le cadre de vie, la qualité de l'accompagnement et l'ambiance des MR(S) contribuent à favoriser la qualité de vie des résidents et leur sentiment de sécurité. Pour autant, le passage d'une vie à domicile, autonome et relativement individualisée, à une vie résidentielle en communauté ne se fait pas sans difficultés. Les personnes éprouvent souvent du mal à se sentir chez elles. Il faut alors prévoir des espaces privés spacieux et personnalisables mais également laisser la personne être acteur de ses journées. Cela se traduit aussi par une écoute des attentes et des choix des résidents en terme d'activités dans la MR(S) mais aussi par la possibilité d'avoir des activités extérieures, de pouvoir sortir seul ou en groupe ou même d'accueillir sa famille, ses proches et ses amis. La maison de repos devrait être ouverte sur la société au sens le plus large, pour qu'il y ait une perméabilité avec le monde extérieur. Les résidents et les personnes extérieures devraient être autorisés à aller et à venir et à investir la totalité de l'espace (une boulangerie pourrait s'installer dans les murs d'une maison de repos, ou encore un café, un magasin, un spa, un bureau de vote, etc.). On peut aussi encourager des activités ou des animations « à l'extérieur des murs » ou faisant appel à des personnes de l'extérieur: (visites, marchés, promenades, shopping, films, expositions, restaurants, etc.)

L'UNIPSO demande au Gouvernement d'encourager les activités extérieures des MR(S) mais aussi de soutenir l'introduction d'activités venant de l'extérieur dans les MR(S) afin **d'en faire des lieux de vie ouverts sur le monde.**

⁹¹ « Vieillesse, dépendance et lieux de vie », L'Observatoire no 44, 2006

⁹² Ibid.

Permettre le droit au risque

Le droit au risque, c'est le droit de poser des choix, de faire usage de sa liberté au risque de conséquences non souhaitées. De manière générale, lorsque le risque est vécu comme un danger insoutenable, il en découlera des comportements obsessionnels, des angoisses et une intransigeance dans le regard porté sur le monde. Supprimer le risque, c'est en quelque sorte supprimer la vie parce que vivre libre, c'est faire des choix. En ce qui concerne les personnes âgées fragilisées, la prise de risque est souvent vécue comme un danger par l'entourage ou les professionnels qui accompagnent ces personnes. Dès lors, elles sont souvent privées de leur liberté de choix au nom de la responsabilité de l'entourage et du devoir de protection qu'a celui-ci. Les familles et les professionnels se sentant responsables des aînés en perte d'autonomie **leur imposent des limitations « pour leur bien »** : la personne âgée est ainsi progressivement dépouillée de sa capacité à gérer sa vie selon ses propres critères. La volonté empathique et solidaire, à savoir apporter un soutien à des personnes vulnérables, devient une gestion étroite du risque et du choix, concrétisée par une « hyper-protection ».

Il faut noter ainsi que certaines maisons de repos utilisent du matériel de contention⁹³. Dans certains lieux, 90% des personnes âgées sont attachées en continu pendant plus de trois mois. Bien que la contention soit règlementée à des conditions strictes⁹⁴ elle peut poser question.

L'UNIPSO propose de **poser le droit au risque comme condition à l'exercice en institution**. Il faut des modifications législatives déchargeant le personnel de sa responsabilité dans le cadre de projets d'établissement basé sur le Droit au risque. En effet, les directions de maisons de repos opposent souvent à cette pratique le fait qu'ils ne sont pas couverts juridiquement en cas d'accident. Dans l'exemple

de la contention: si on ne contient pas une personne désorientée (démence) et que dès lors elle peut quitter l'établissement pour se promener au risque d'être renversée par une voiture ; la famille pourrait porter plainte contre le personnel.

Revoir l'échelle de Katz

La dépendance des personnes âgées est établie en Wallonie en utilisant une grille d'évaluation appelée «*Echelle de Katz* », basée sur le besoin d'aide dans les activités de la vie journalière. Elle est constituée de six critères d'évaluation physique (se laver, s'habiller et se déshabiller, se déplacer, aller aux toilettes, incontinence, manger et boire) et de deux critères d'évaluation psychique (orientation dans le temps et dans l'espace). Selon la combinaison des scores obtenus pour chaque critère, la personne est classée dans une catégorie de dépendance déterminée (O, A, B et C)⁹⁵. Une subvention est octroyée à l'établissement sur base du niveau de dépendance de ses résidents pour une année civile.

L'UNIPSO souhaite que **l'échelle de Katz et ce mécanisme de soutien financier soit changés**. Ainsi à l'heure actuelle, moins de dépendance signifie moins d'encadrement en personnel or, un patient léger peut nécessiter une prise en charge importante (surveillance, motivation, etc.). L'échelle ne mesure donc pas la charge de travail.

Un tel système d'évaluation n'encourage non plus pas à favoriser l'autonomie des personnes puisque les institutions sont subventionnées en fonction du degré de dépendance. Sur base d'un calcul simple, moins de dépendance signifie donc moins d'argent.

⁹³ MILISEN et al, 2011.

⁹⁴ L'AGW du 15/10/2009 édicte des conditions strictes pour le placement et le suivi des contentions.

⁹⁵ www.questionsante.org/bs/Les-soins-et-l-aide-a-domicile

Evaluer l'évolution de la dépendance des personnes âgées en MR/MRS

En MR, 35,4% des personnes, soit environ 10.000 personnes, sont classées en catégorie « 0 » sur l'échelle de Katz (voir p.), c'est-à-dire le niveau de dépendance le plus bas. Proportionnellement, il s'agit de la catégorie la plus importante avec les personnes classées A.

Il est donc pertinent de se demander pourquoi ces personnes catégorie « O », faiblement dépendantes vivent en MR. Sans doute est-ce la recherche de sécurité, des raisons financières, le placement par la famille, etc. Ne seraient-elles mieux à leur domicile ou dans un autre type d'hébergement ? Est-ce que ces places pourraient à l'avenir être mises à disposition de personnes présentant une incapacité plus importante ?

Afin d'affiner l'étude des futurs besoins en lits supplémentaires pour les personnes âgées en MR(S), l'UNIPSO demande que le **Gouvernement évalue l'évolution du nombre de personnes dépendantes et mène une analyse de(s) type(s) de dépendance qui les affectent**. Il faut également tenir compte de l'encadrement en personnel, du type de soins et/ou de l'accompagnement, qui diffèrent selon les problématiques rencontrées par les usagers. Actuellement, l'estimation des lits en MR, MRS ne donne aucune indication à ce sujet. D'où la nécessité d'une analyse plus fine et détaillée.

L'UNIPSO demande également que l'opportunité de redéfinir le profil des bénéficiaires des MR soit discutée avec le secteur. L'UNIPSO se demande notamment si il est toujours pertinent de retenir les deux appellations MR et MRS.

Développer les alternatives temporaires à l'hospitalisation

Enfin, il est important de pouvoir offrir des alternatives à l'hospitalisation, telles que des **hospitalisations de jour gériatriques, des centres de soins de jour gériatriques, des services de moyen séjour** et de réadaptation ou encore **un soutien aux soins palliatifs à domicile**. L'UNIPSO

souligne l'opportunité de réfléchir au développement de ces alternatives.

Soutenir la création de nouvelles places/lits gériatriques

Le nombre de lits gériatriques est actuellement insuffisant en Wallonie. En 1997, on remarquait déjà un déficit en lits gériatriques de 31%⁹⁶. Si la majorité des institutions hospitalières se sont aujourd'hui dotées de services d'indice « G », réservés spécifiquement aux patients gériatriques **la place de la gériatrie reste encore mineure dans bien des hôpitaux belges**. C'est pourquoi les normes de programmation nationales ne sont pas encore atteintes.

Vu la spécificité et la croissance des besoins des patients gériatriques, l'UNIPSO juge indispensable de développer un accompagnement spécifique dont les principes de soins sont à baser, entre autres, sur une évaluation gériatrique globale, un accompagnement complet et interdisciplinaire, l'intervention précoce, le support à l'autonomie, la réadaptation précoce et la continuité des soins⁹⁷.

Compléter l'offre de logements adaptés aux personnes âgées

Les logements alternatifs (accueil familial, habitat kangourou, logement Abbeyfield, etc.) peuvent constituer une réelle alternative aux MR(S). Pourtant, les bénéficiaires concernés, certes âgés, sont des personnes souvent relativement indépendantes et autonomes, cherchant à rompre leur

⁹⁶ HUBIN M, STORDEUR S, DRAELANTS H, DE BACKER B, LEROY X., "Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone, 2000 2010 2020. Tome 1: Soins de santé et aide sociale: les champs d'activité », SESA, Bruxelles, 2003.

⁹⁷ HUBERT, C., DHOORE, W., SWINE, C., CORNETTE, P., HUBINON, M., MELIN, J., « *Modèle de prise en charge des personnes âgées aux cliniques universitaires Saint-Luc : une approche basée sur la planification en santé* ». Louvain Médical, 2004.

isolement, à vivre avec plus de sécurité et à vivre sous une forme de communauté. Malgré l'existence de nombreux projets, la diversité des formes d'habitat fait donc défaut pour les personnes dépendantes. Il manque une offre de logements intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution.

De plus, on observe une insuffisance dans le parc immobilier wallon de logements de petite taille et à prix modique. Certains logements sont devenus trop grands par rapport aux besoins des personnes vieillissantes, trop difficiles à entretenir ou trop coûteux à chauffer, ou encore inadéquats par rapport aux aptitudes physiques de la personne. Un travail important est à réaliser et des projets sont à développer.

Soutenir et évaluer les initiatives de logements alternatifs

La plupart des projets de logements alternatifs (accueil familial, habitat kangourou, logement Abbeyfield, etc.) bénéficient d'un statut « expérimental » dans notre pays. Le risque de voir certains projets susceptibles de produire des situations non contrôlées potentiellement génératrices d'exploitation voire de maltraitance n'est pas nul.

L'UNIPSO demande **d'évaluer les attentes des seniors par rapport aux logements alternatifs, d'évaluer les projets et surtout d'analyser les raisons du manque de succès**. Elle souhaite également que le Gouvernement **définisse un cadre légal à la fois large et souple pour favoriser l'éclosion de nouvelles initiatives et éviter les dérives éventuelles**⁹⁸. Le risque est réel de voir le logement non institutionnalisé réservé aux individus disposant de meilleures ressources financières ou intellectuelles ou bénéficiant d'un réseau social privilégié. L'analyse des causes institutionnelles, juridiques, économiques, culturelles et politiques freinant ces projets, devraient aider à lever les résistances.

⁹⁸ www.inforhomeswallonie.be/spip.php?article118

L'UNISPO insiste pour que le gouvernement **soutienne les initiatives associatives** de type « habitat et participation⁹⁹ », « community landtrusts¹⁰⁰ » (à Bruxelles notamment) que ce soit sous forme d'exonération fiscales ou de partenariats public-privé, puisqu'elles permettent de faciliter la création de logements alternatifs et accessibles au plus grand nombre.

Promouvoir les résidences services

L'UNIPSO souligne que le Ministre wallonne de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances, conscient du besoin de développer une offre de logements intermédiaires entre le maintien à domicile et le placement en institution, a, dès 2010, dégagé une enveloppe de 24.143.200€ dans le cadre du financement de 586 nouveaux logements en résidences-services en Wallonie¹⁰¹. Fin 2012, le Gouvernement Wallon a également décidé de soutenir 5 projets de résidences-services pour un montant total de 15.000.000 euros.

Or, les formules de résidences-services restent toutefois méconnues et leur accessibilité financière est difficile¹⁰². Actuellement, la moitié des résidences-services sont tenues pas le secteur commercial. Le prix de l'hébergement y est souvent trop élevé pour les aînés à revenus modestes ou précaires. A terme aussi, et c'est déjà le cas en Flandres, il faut craindre de retrouver, dans les résidences-services, des personnes à profils très lourds. Ces structures risquent de se trouver en difficulté pour assurer une qualité optimale comparable aux MR ou aux MRS en termes d'accompagnement. L'UNIPSO souligne ce risque.

⁹⁹ www.habitat-participation.be

¹⁰⁰ www.communitylandtrust.wordpress.com

¹⁰¹ www.tillieux.wallonie.be/586-nouveaux-logements-en-residences-services-en-wallonie.

¹⁰² LINCHE, S. (sous la direction de CASMAN, M-Th.), « La pauvreté en milieu rural en région wallonne », avec le soutien de la coopérative CERA, août 2011.

Encourager le développement des résidences services sociales

La réforme du Code wallon du Logement survenue en 2013 a initié le concept de résidence-service sociale. Un nouveau décret est d'ailleurs sorti début 2013. La construction de ce type de logement sera subsidiée, jusqu'à un maximum de 90%, par les départements du Logement et de l'Action sociale de la Wallonie. Dans ce cadre, des subventions seront octroyées dès 2013 pour la création de 60 logements en résidences-services sociales.

A ce jour il existe un projet pilote à Namur. L'UNIPSO souligne positivement cette mesure initiée par les pouvoirs publics et elle insiste pour que cette **initiative soit évaluée et développée**.

Promouvoir des logements évolutifs, modulables et modulaires

Les logements doivent pouvoir être adaptés aux diverses étapes de la vie qui nécessitent plus ou moins d'espace. Il existe déjà des logements modulables ou modulaires¹⁰³. Ce sont des logements qui sont constructibles en quelques semaines, assemblés sur site, adaptables à tous types de terrains, sans fondation, démontables et transportables par camion et qui peuvent donc être temporaires ou définitifs. Ce type de logement est encore peu répandu dans notre pays. Il pourrait pourtant être une solution pour loger les personnes dans un espace adapté à leur âge et à leurs besoins. L'UNIPSO encourage le gouvernement à prendre en considération ces initiatives et à en mesurer le potentiel pour sa politique de logement.

Développer l'accueil des personnes handicapées (physiques et mentales) vieillissantes

Le vieillissement des personnes handicapées, c'est-à-dire des personnes dont la situation de handicap est bien antérieure au processus de vieillissement, est un phénomène relativement récent : leur espérance de vie s'est accrue de 35 % en 20 ans. Aujourd'hui, une personne trisomique sur deux atteint l'âge de 60 ans. Les familles et les structures d'hébergement sont donc confrontées à des défis nouveaux.

Historiquement, la Belgique a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes dépendantes en dispositifs bien distincts, pour « les personnes handicapées » (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour « les personnes dépendantes » (âgées) d'autre part¹⁰⁴. L'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de « personnes handicapées vieillissantes » conduit à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un critère d'âge et à envisager des rapprochements entre ces deux dispositifs de prise en charge des incapacités.

L'UNIPSO préconise de **développer une cohérence entre les politiques relatives au handicap et à la dépendance**. Cela ne signifie toutefois pas qu'il faille aboutir à une convergence complète, c'est-à-dire à la confusion dans un dispositif unique d'accompagnement quelle que soit la situation de la personne.

Le vieillissement des personnes handicapées nécessite également plus de soins et pose des soucis en termes d'offre d'hébergement adapté. Des solutions innovantes sont régulièrement trouvées dans les institutions pour personnes handicapées mais elles ne sont ni répertoriées, ni mises en valeur et encore moins soutenues. L'orientation de personnes handicapées mentales vers des maisons de repos, même si

¹⁰³ Par exemple les « fleximodules » : www.fleximodules.com

¹⁰⁴ GUBBELS, A., « Handicap et vieillissement, Enjeux et responsabilités politiques », Observatoire ASPH de la Personne Handicapée, Etude 2008.

elle a été mûrement réfléchi et préparée avec l'intéressé, sa famille et les institutions médico-sociales, peut être problématique. La culture des maisons de repos, les traditions et les habitudes sont fort différentes des institutions d'hébergement de personnes handicapées. Le personnel d'animation et d'accompagnement y diffère par sa formation, ses qualifications et les définitions de sa mission. Les services se retrouvent aussi souvent confrontés à la nécessité de disposer davantage de personnel infirmier. A l'heure actuelle, certains actes sont délégués aux éducateurs ou aux aides-soignants. Les personnes handicapées ainsi que leur famille se posent la question de savoir ce qu'ils deviendront à l'âge de 60-65 ans. Ils souhaitent, pour la grande majorité, rester dans leur institution, ce qui pose un sérieux problème d'organisation.

L'UNIPSO insiste sur l'importance de **veiller à ce que les personnes handicapées vieillissantes puissent continuer à vivre dans leur milieu de vie habituel** (ou dans un milieu comparable) aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

L'UNIPSO propose de lancer des projets pilotes concernant de nouvelles structures d'hébergement pour personnes âgées handicapées, des services spécialisés à domicile et/ou de services développant des ponts entre les institutions pour personnes handicapées, les MR(S) et les services à domicile¹⁰⁵.

Créer une coordination entre les services avec les maisons de repos

Dans les institutions pour personnes handicapées, il n'y a pas nécessairement de locaux adaptés aux personnes âgées, et pas d'alternative aux activités de la journée. En outre, il existe souvent peu d'ouverture des maisons de repos vers les personnes handicapées sauf lorsqu'elles accueillent des personnes atteintes d'Alzheimer.

¹⁰⁵ La problématique des personnes psychiatriques vieillissantes pose également des problèmes et mériterait également une réflexion approfondie.

L'UNIPSO souligne la nécessité de **tisser des ponts entre les institutions pour personnes handicapées, les MR(S) et les services à domicile**. Elle propose également de **créer des « MRH » pour les personnes handicapées ou d'inciter les MR(S) à avoir des unités plus spécialisées**.

L'UNIPSO insiste sur la nécessité de **créer des solutions intermédiaires entre le domicile et les institutions dans le parcours de vie des personnes handicapées**.

Développer l'accompagnement lors des hospitalisations

Les professionnels du secteur constatent une discrimination importante lors de l'accueil et de l'accompagnement à l'hôpital des personnes âgées handicapées. Les services hospitaliers sont souvent mal à l'aise, voire réticents quand ils sont amenés à traiter ce type de patient.

Un accompagnement individualisé durant l'hospitalisation des aînés ayant un handicap est nécessaire. Cette prise en charge de seconde ligne dans les hôpitaux généraux et psychiatriques peut s'effectuer par une équipe d'éducateurs spécialisés ayant pour missions de devenir des agents de liaison, de favoriser un réseau d'accueil dans les hôpitaux et de proposer un soutien aux familles. Cet accompagnement doit se réaliser en soutien et en complémentarité des équipes de première ligne par la réalisation et l'utilisation d'outils spécifiques à ce public.

L'UNIPSO demande de **soutenir des initiatives visant, d'une part, à sensibiliser le personnel hospitalier aux réalités des personnes handicapées et, d'autre part, à améliorer la qualité de l'accompagnement global de personnes handicapées en favorisant une politique d'accueil et d'encadrement spécifiques dans les hôpitaux**. Par ce biais, l'UNIPSO souhaite défendre la bientraitance, l'égalité des chances et l'inclusion des personnes handicapées.

Conclusion

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des besoins d'accompagnement des personnes âgées, il faut investir dans les lieux de vie et les services tout en veillant à répondre au désir des aînés de rester autonomes le plus longtemps possible. Cette volonté passe par un renforcement de tous les services de support leur permettant de vivre dans de bonnes conditions dans leur propre logement ou dans un environnement qui leur est familier et auquel ils sont préparés. Pour ce faire, des initiatives, claires et proactives, des pouvoirs publics sont nécessaires à tous les niveaux: une pension de base suffisamment élevée, des services d'aide et de soins accessibles et humains (avoir le temps de l'écoute), des services spécifiques pour les personnes lourdement dépendantes, le développement d'activités de jour (centre d'accueil de jour) et de mesures de transition (centre de court séjour, etc.), un soutien aux aidants proches et une plus grande offre d'habitations adaptées et abordables. **Les choix politiques à opérer devront se faire en concertation avec tous les niveaux de pouvoir mais aussi avec les associations de personnes âgées, les partenaires sociaux, les acteurs du logement, les hôpitaux, les infrastructures résidentielles et les organisations d'aide et de soins à domicile.** La question du financement de l'accompagnement des personnes âgées tout au long de le parcours nécessite aussi de poser des choix courageux.

L'UNIPSO insiste sur l'importance de mettre en place une **réflexion transversale et intersectorielle réunissant les secteurs clés de l'accompagnement des personnes âgées.** Les nouveaux transferts de compétences constituent une occasion pour élaborer un plan d'action global et cohérent, pour clarifier voire redéfinir les rôles et les missions de chaque acteur, pour étudier les coûts pour la collectivité des différents services et pour quantifier l'évolution des besoins de manière systématique pour y apporter une réponse adéquate.

Concrètement, l'UNIPSO souhaite **une politique axée sur une offre adaptée, adaptable et évolutive.**

Le désir des personnes âgées, le « double vieillissement » et les contraintes budgétaires demandent de réorienter la politique d'accompagnement. Dans ce sens, soutenir le maintien à domicile, via une collaboration, une complémentarité et une transition entre tous les services et lieux de vie, doit représenter la priorité des pouvoirs publics. Cette évolution fera sans doute émerger des nouveaux besoins en termes de conception, de construction et d'entretien des bâtiments, en termes aussi d'encadrement des projets, d'animation de lieux de vie, en termes de services à domicile, etc. Autant d'espaces que pourront investir les services du secteur à profit social.

Tous les milieux de vie présentés dans le cahier ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais ils sont surtout complémentaires dans l'accompagnement global des personnes âgées. D'autres formes d'habitat sont bien sûr envisageables et encore à inventer, à faire vivre, en fonction de l'évolution des modes de sociabilité dans nos sociétés modernes.

Les différentes propositions et priorités formulées ici sont fondées sur les entretiens, les débats et les analyses effectués par l'équipe de l'UNIPSO avec les professionnels et les experts des secteurs. Leur réalisation exigera la participation active de toutes les parties concernées : les pouvoirs publics, les fédérations d'employeurs, les prestataires d'aide et de soins, le monde scientifique, les aidants proches, les personnes âgées elles-mêmes et la société dans son ensemble.

L'élaboration par le gouvernement d'un plan réaliste, reprenant ces priorités et fixant des étapes successives, est une condition indispensable à leur réussite. Chacune des recommandations impose qu'on y accorde le temps et les moyens nécessaires. Cela exigera le courage de **considérer l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées dans toutes leurs diversités comme une des priorités de l'agenda politique.**



L'UNIPSO est la confédération intersectorielle et pluraliste des employeurs du secteur à profit social (non marchand) en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles.

L'UNIPSO représente plus de trente fédérations d'employeurs du secteur public et privé, actives dans les secteurs suivants:

- ▶ Hôpitaux
- ▶ Accueil et hébergement des personnes âgées
- ▶ Services de santé
- ▶ Accueil de l'enfance
- ▶ Aide et soins à domicile
- ▶ Aide à la jeunesse
- ▶ Accueil et hébergement des personnes handicapées
- ▶ Entreprises de travail adapté
- ▶ Secteur socioculturel
- ▶ Enseignement
- ▶ Organisations d'actions sociales
- ▶ Mutualités

Dans le cadre de sa mission, l'UNIPSO représente, défend et promeut les intérêts communs des organisations qui poursuivent un but non lucratif et les solidarités qui y sont liées. Elle soutient les employeurs dans leur rôle d'opérateurs de services pour en garantir l'accessibilité et la qualité. Interlocutrice de référence pour les pouvoirs politiques et les autres acteurs socio-économiques, l'UNIPSO se positionne comme un partenaire à part entière dans le dialogue social, la concertation interprofessionnelle et le développement de politiques nouvelles.

Siège social

Square Arthur Masson, 1 - bte 7
5000 Namur
☎ 081/24.90.20

Bureau bruxellois

Rue du Congrès, 37-41 - bte 3
1000 Bruxelles
☎ 02/210.53.00

www.unipso.be - unipso@unipso.be



Editeur responsable: Dominique Van de Sype