

Étude de programmation pour Bruxelles

Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées

Liesbeth De Donder
Emily Verté
Herwig Teugels
Marc Glorieux
Marc Bernard
Olivia Vanmechelen
An-Sofie Smetcoren
Peter Persyn
Dominique Verté



Vrije
Universiteit
Brussel



Kenniscentrum
Woonzorg Brussel

Auteurs

Liesbeth De Donder (Vrije Universiteit Brussel)

Emily Verté (Vrije Universiteit Brussel)

Herwig Teugels (Kenniscentrum Woonzorg Brussel)

Marc Glorieux

Marc Bernard

Olivia Vanmechelen (Kenniscentrum Woonzorg Brussel)

An-Sofie Smetcoren (Vrije Universiteit Brussel)

Peter Persyn (Mederi vzw)

Dominique Verté (Vrije Universiteit Brussel)

Commanditaire

La Commission Communautaire Commune, représentée par Mesdames Brigitte Grouwels et Evelyne Huytebroeck, Ministres de l'aide aux personnes de la Commission Communautaire Commune. Il s'agit d'un marché commun avec la Communauté flamande et la Commission Communautaire française.

Avec nos remerciements aux membres du comité d'accompagnement.

© 2012

ISBN xxx

Aucun élément de cette publication ne peut être reproduit et/ou publié au moyen d'impression, photocopie, microfilm, de manière électronique ou autre moyen quelconque, sans autorisation écrite préalable de l'éditeur.

CONTENU

CONTENU	4
LISTE D'ABREVIATIONS	6
PREFACE	7
PARTIE 1 : INTRODUCTION ET CONTEXTE	9
1. INTRODUCTION	9
2. PERSONNES AGEES A BRUXELLES	11
3. LE CONTEXTE BRUXELLOIS: REPARTITION DES COMPETENCES	23
PARTIE 2 : CHIFFRES DE PROGRAMMATION ACTUELS POUR LES SOINS AUX PERSONNES AGEES	33
PARTIE 2.1 : « SOINS A DOMICILE »	34
1. INTRODUCTION	34
2. SERVICE D'AIDE AUX FAMILLES ET DE SOINS A DOMICILE COMPLEMENTAIRES	35
3. SERVICE D'AIDE LOGISTIQUE	65
4. SERVICE DE GARDE	81
5. SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE	90
6. SERVICE D'ASSISTANCE SOCIALE DE LA MUTUALITE.....	101
7. CENTRE DE SERVICES LOCAL.....	108
8. CENTRE DE SERVICES REGIONAL	118
9. ASSOCIATION D'USAGERS ET D'AIDANTS PROCHES	132
10. INITIATIVES DE COOPERATION DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (SEL)/ SERVICES INTEGRES DE SOINS A DOMICILE (SISD).....	136
11. CONCLUSIONS GENERALES CONCERNANT LA PROGRAMMATION, LA REGLEMENTATION ET L'OFFRE DE SOINS A DOMICILE.....	143
PARTIE 2.2 : « SOINS RESIDENTIELS »	147
1. REGLEMENTATION GENERALE ETABLISSEMENTS RESIDENTIELS	148
2. CENTRE DE CONVALESCENCE.....	150
3. CENTRE DE COURT SEJOUR	153
4. RESIDENCE-SERVICES / GROUPE DE MAISONS D'ASSISTANCE	157
5. MAISON DE REPOS (MRPA/MRS) – CENTRE D'HEBERGEMENT ET DE SOINS	164
6. FORMES DE LOGEMENT ALTERNATIVES	181
7. CONCLUSION GENERALE AFFERENTES AUX SOINS RESIDENTIELS	189
PARTIE 2.3: « SOINS SEMI-RESIDENTIELS »	192
1. CENTRES DE SOINS DE JOUR.....	193
2. SERVICES D'ACCUEIL TEMPORAIRE.....	204
3. CENTRES D'ACCUEIL DE NUIT	207
4. CONCLUSIONS GENERALES AFFERENTES AUX « SOINS SEMI-RESIDENTIELS »	211
PARTIE 2.4: APERÇU GEOGRAPHIQUE	213
PARTIE 3 : INVENTAIRE DE LA DEMANDE DE SOINS	233
PARTIE 3.1 ETUDE DES BESOINS DES PERSONNES AGEES	234

1. ETUDE DES BESOINS DES PERSONNES AGEES.....	234
2. QUESTIONS/PROBLEMES/BESOINS DANS LE DOMAINE DES SOINS A DOMICILE	240
3. QUESTIONS/PROBLEMES/ BESOINS DANS LE DOMAINE DE L'HABITAT EN LE LOGEMENT	250
4. QUESTIONS/PROBLEMES/BESOINS DANS LE DOMAINE DE SOUTIEN ADMINISTRATIF.....	261
5. QUESTIONS/PROBLEMES/BESOINS DANS LE DOMAINE DE SECURITE (TOMBER, ABUS ENVERS PERSONNES AGEES, ETC.)	264
6. PROBLEMES DANS LE QUARTIER	269
PARTIE 3.2 : ENTRETIENS QUALITATIFS PAR FOCUS GROUPS	272
1. CONTEXTE.....	272
2. METHODOLOGIE.....	272
3. RESULTATS	273
4. EN BREF	278
PARTIE 4: IMPACT FINANCIER.....	281
PARTIE 4.1 CONTRIBUTION : CONTRIBUTION DE L'USAGER ET CONTRIBUTION SOCIALE...282	
1. OBJECTIF	282
2. METHODE.....	282
3. SCENARIO 1: PROPRIETAIRE	285
4. SCENARIO 2: LOUER SUR LE MARCHE PRIVE.....	288
5. SCENARIO 3: LOUER SOCIALE.....	291
6. PRINCIPALES CONCLUSIONS	294
PARTIE 4.2 CAS DE SOINS A DOMICILE.....	295
1. SITUATION	295
2. LES CAS	295
3. QUELQUES CONSTATS FRAPPANTS	298
PARTIE 5 : FORMULATION DES RECOMMANDATIONS	299
1. CONTEXTE DES SOINS DE SANTE POUR PERSONNES AGEES A BRUXELLES	299
2. LOGEMENTS ABORDABLES ET ADAPTES	303
3. ENVIRONNEMENT STIMULANT.....	306
4. SOINS A DOMICILE ACCESSIBLE	309
5. SOINS RESIDENTIELS.....	314
6. SOINS SEMI-RESIDENTIELS.....	319
7. RECOMMANDATIONS GENERALES	319
PARTIE 6 : PLAN D'APPROCHE.....	325
1. PROGRAMMATION : PROPOSITION EN CAS DE POLITIQUE INCHANGEE	325
2. PROGRAMMATION : VERS UN NOUVEAU MODELE DE SOINS	339

Liste d'abréviations

ACS	Agent Contractuel Subventionné
ALE	Agence Locale de l'Emploi
ASBL	Association sans but lucratif
CADO	Collectieve autonome dagopvang (Accueil de jour collectif autonome)
CCS	Centre de court séjour
COCOF	Commission communautaire française (Franse Gemeenschapscommissie)
COCOM	Commission Communautaire Commune
COCON	Commission Communautaire flamande (VGC)
CPAS	Centre Public d'Action Sociale
CSJ	Centre de soins de jour
EPT	Equivalent temps plein
ILDE	Initiative Locale pour le Développement de l'Emploi
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
LDC	Lokaal Dienstencentrum (Centre de services local)
MAF	Maximumfactuur (Maximum à facturer)
MR(PA)	Maison de repos (pour personnes âgées)
MRS	Maison de repos et de soins
RBC	Région Bruxelles-Capitale
RDC	Regionaal Dienstencentrum (Centre de Service Régional)
SEL	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg
SEL	Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires)
SISD	Service intégré de soins à domicile
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, threats (Points forts, points faibles, opportunités, menaces)
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VG	Vlaamse Gemeenschap (Communauté flamande)
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie (Commission Communautaire flamande - COCON)
VIA	Vlaams Intersectoraal Akkoord

Préface

Il existe à Bruxelles une programmation de facto des divers types de services qui sont mis à disposition des personnes âgées. La Communauté flamande dispose d'un règlement de programmation ainsi que du Koepelplan Brussel. La Commission communautaire française possède, quant à elle, une programmation des maisons communautaires, de l'accueil familial, des services de télé-vigilance et des services d'aide aux personnes âgées maltraitées. En ce qui concerne la Commission communautaire commune, celle-ci réglemente les maisons de repos « bicommunautaires », met en œuvre la programmation fédérale en matière de maisons de repos et de soins dans le cadre de la politique de santé et règle les services d'aide à domicile. Toutes ces entités sont, en outre, tenues à un moratoire national sur les lits des maisons de repos qui est convenu avec les autorités fédérales.

Depuis 2010, la Commission communautaire commune, les autorités flamandes et la Commission communautaire française se concertent sur une programmation pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale. Une telle programmation concerne des structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées.

En mai 2011, nous avons invité quinze universités à introduire une offre. Sept mois plus tard, c'est à la Vrije Universiteit Brussel que nous avons attribué le marché. Ce choix s'explique notamment par le fait qu'elle proposait d'enrichir la littérature et les statistiques par des interviews qualitatives des groupes-cibles.

Nous remercions les chercheurs pour le travail qu'ils ont fourni. Leur étude offre un relevé détaillé et très utile de la manière dont la réglementation, la programmation et l'offre relatives aux soins des personnes âgées sont envisagées et concrétisées par les différents pouvoirs de décision à Bruxelles.

C'est avec intérêt que nous prenons également connaissance de leurs conclusions. Celles-ci peuvent nous aiguiller dans la mise en œuvre de la politique des structures d'accueil pour les personnes âgées.

Enfin, nous considérons cette étude comme un exemple de bonne collaboration entre les différents gouvernements dans l'intérêt de tous les aînés à Bruxelles.

Brigitte Grouwels
Membre du Collège réuni
en charge de l'Aide aux Personnes
pour la Commission Communautaire Commune

Evelyne Huytebroeck
Membre du Collège réuni
en charge de l'Aide aux Personnes

Jo Vandeurzen
Ministre flamand du Bien-Etre,
de la Jeunesse, de la Santé Publique et
de la Famille
pour la Communauté flamande

Pascal Smet
Ministre flamand de l'Enseignement,
de l'Egalité des Chances et Bruxelles

Rachid Madrane
Membre du Collège en charge de l'Action Sociale et de la Famille
pour la Commission Communautaire française

Partie 1 : Introduction et contexte

1. Introduction

Cette mission de recherche était officiellement intitulée « mise en place d'une programmation globale relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées à Bruxelles ». Le maintien des personnes âgées à domicile le plus longtemps possible est dénommé « Ageing in Place » (« vieillir chez soi ») dans la littérature anglophone. Nous pouvons constater que cette politique visant à faire en sorte que les personnes âgées puissent continuer à vivre chez elles le plus tard possible est récemment devenue le modèle optimal à suivre. Même si cet idéal est souvent dicté par des considérations financières, le concept « vieillir chez soi » n'en répond pas moins, en règle générale, aux souhaits des personnes âgées elles-mêmes¹. La plupart d'entre elles veulent en effet continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile ou dans leur cadre de vie familial².

Le concept « vieillir chez soi » a également été défini comme suit par l'Organisation mondiale de la santé³:

« Meeting the desire and ability of people, through the provision of appropriate services and assistance, to remain living relatively independently in the community in his or her current home or an appropriate level of housing. Ageing in place is designed to prevent or delay more traumatic moves to a dependent facility, such as a nursing home. » (Répondre par des prestations de services et une aide appropriées aux souhaits et possibilités des personnes afin qu'elles puissent continuer à vivre de façon relativement indépendante au sein de leur communauté, dans leur logement habituel ou dans une structure d'hébergement adéquate.)

Le concept « vieillir chez soi » désigne donc la volonté des personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible non seulement lorsque tout se passe bien, mais aussi lorsque cela se passe moins bien et qu'une assistance doit être assurée par des services de soins à domicile ou de soins infirmiers. Même lorsque les personnes âgées ont dans une large mesure besoin de soins, éprouvent des difficultés financières, vivent dans un logement inadapté ou dans un quartier défavorisé, elles préfèrent continuer à vivre chez elles dans la majorité des cas. Il s'agit donc de veiller à ce que ces personnes, plus particulièrement, puissent vieillir de façon optimale à domicile et de leur garantir cette possibilité.

Il était nécessaire de mener une étude de programmation spécifique pour Bruxelles, étant donné la situation relativement complexe du logement et des soins dans la Région de Bruxelles-Capitale (RBC). Il convenait de tenir compte de la réalité existante dans un environnement se présentant

1 Means, R. (2007). Safe as houses? Ageing in place and vulnerable older people in the UK. *Social Policy and Administration*, 41(1), 65-85.

2 De Witte, N. et al. (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Brugge: Vanden Broele.

3 WHO [World Health Organization] (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. Consulté à 1 décembre 2011, à http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf

comme une mosaïque à de nombreux égards. Citons d'abord une population et une situation très hétérogènes : un rajeunissement important de la population, mais aussi le vieillissement interne le plus élevé ; la commune la plus riche du pays, mais également la commune la plus pauvre ; et un groupe croissant de personnes âgées allochtones. La RBC se caractérise aussi par un système complexe de répartition de compétences. Outre les règlements fédéraux dans le cadre des soins de santé, trois entités politiques doivent être prises en compte : la COCOM, la COCOF et la VGC. Sans oublier le rôle de chaque commune (services communaux et CPAS) en ce qui concerne les soins aux personnes âgées. Cette diversité est encore accentuée par les particularités de chacune des 19 communes, lesquelles comprennent souvent des quartiers présentant eux-mêmes des caractéristiques spécifiques.

Cette étude vise à répondre à un quadruple objectif :

1. Présenter un aperçu de la situation actuelle dans le domaine des soins aux personnes âgées à Bruxelles en dressant un inventaire des lois et réglementations, de la programmation et de l'offre existantes.
2. Analyser les besoins actuels et futurs.
3. Inférer des lignes directrices sur la base des points (1) et (2) et formuler des recommandations relatives aux modifications de la législation et aux moyens ad hoc en fonction des domaines de compétence (proposition de programme et de financement proprement dite).
4. Déterminer un plan d'approche (scénario) pour la réalisation du point (3).

2. Personnes âgées à Bruxelles

2.1 Situation

Selon l'Organisation mondiale de la Santé⁴, le vieillissement de la population est une des évolutions principales qui caractérise le 21^{ème} siècle. Dans le *World Population Ageing*⁵, le 'vieillessement' est défini comme « inconnu, persistant et envahissant ». Nous serons confrontés dans le 21^{ème} siècle par un vieillissement constant de la population jamais connu, qui a de profondes répercussions sur les différentes facettes de société. Nous avons aussi affaire en Belgique à une population vieillissante. Au niveau mondial, la Belgique est classée comme le dixième pays le plus âgé. Nous traitons ci-dessous la proportion de personnes âgées dans la société, l'espérance de vie et nous allons examiner de plus en détail la pression grise et le vieillissement interne.

Le 1^{er} janvier 2010, on comptait 10.839.905 de Belges, dont 2.492.031 de personnes de plus de 60 ans. Cela correspond à 22,99% de la population. 18,44% de la population dans la Région de Bruxelles-Capitale est âgée de **60 ans et plus**. En Flandre ce pourcentage est de 24,11%. Cela fait de la Flandre la région en Belgique avec le plus haut degré de vieillissement. En second lieu vient la Région wallonne (22,41%)⁶.

Tableau 1.1 Aperçu démographique de la population âgée année 2010 en Belgique

Âge	Belgique		Région Bruxelles-Capitale		Région flamande		Région wallonne	
	N	%	N	%	N	%	N	%
60-64	631872	5,83%	48845	4,48%	372173	5,95%	210854	6,03%
65-69	466145	4,30%	37222	3,42%	289340	4,63%	139583	3,99%
70-74	453287	4,18%	33871	3,11%	283759	4,54%	135657	3,88%
75-79	407579	3,76%	31090	2,85%	250684	4,01%	125805	3,60%
80-84	297727	2,75%	25282	2,32%	176281	2,82%	96164	2,75%
85-89	176114	1,62%	17662	1,62%	101169	1,62%	57283	1,64%
90-94	44133	0,41%	4986	0,46%	25172	0,40%	13975	0,40%
95-99	13615	0,13%	1735	0,16%	7757	0,12%	4123	0,12%
100+	1559	0,01%	231	0,02%	883	0,01%	445	0,01%
Total 60+	2492031	22,99%	200924	18,44%	1507218	24,11%	783889	22,41%
Total 65+	1860159	17,16%	152079	13,96%	1135045	18,15%	573035	16,39%
Total 80+	533148	4,92%	49896	4,58%	311262	4,98%	171990	4,92%

4 WHO [World Health Organization] (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organization.

5 Verenigde Naties (2009). *World population ageing: ESA/P/WP/212*. Consulté à 12 janvier 2010, à http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

6 Bureau fédéral du Plan (2010a). *Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2011-2061*. Consulté à 19 janvier 2012, à http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_op_1_januari_2011-2061.jsp

Alors que du tableau précédent on pourrait déduire que le vieillissement de la population à Bruxelles est moins fort que dans le reste du pays, le tableau 1.2 donne une différenciation claire. Le tableau 1.2 accorde un aperçu de **l'intensité du vieillissement**, exprimée en termes de la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans dans la population âgée. Ceci est le plus élevé à Bruxelles. Il y a 32,81 personnes âgées de plus de 80 ans pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans. Dans les autres régions ceci est nettement plus bas⁷.

Tableau 1.2 Intensité vieillissement en % (80+)/(65+)

	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région wallonne
Proportion 80+/65+	28,66	32,81	27,42	30,01

Aujourd'hui **l'espérance de vie**, à la naissance pour les hommes en Belgique est de 77,93 ans et 83,23 ans chez les femmes. A Bruxelles, l'espérance de vie est légèrement plus basse. Pour les hommes, l'espérance de vie est de 77,51 ans, chez les femmes 82,63 ans. En comparaison: les hommes en Flandre deviennent en moyenne 1,4 ans plus âgé que les hommes à Bruxelles⁷. Le tableau 1.3 donne un aperçu de l'espérance de vie restante à l'âge de 65 ans.

Tableau 1.3 L'espérance de vie à la naissance année 2010 en Belgique

	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région wallonne
Hommes	77,93	77,51	78,92	76,2
Femmes	83,23	82,63	83,92	82,17

Tableau 1.4 donne un aperçu de l'espérance de vie restante à l'âge de 65 ans.

Tableau 1.4 L'espérance de vie à l'âge de 65 ans année 2010 en Belgique

	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région flamande	Région wallonne
Hommes	17,76	17,39	18,20	16,97
Femmes	21,26	20,92	21,70	20,54

Par le nombre de festivités autour des personnes âgées de plus de 100 ans, on peut également clairement remarquer ce vieillissement de la population. Alors qu'en 1990, 546 personnes âgées ont célébrés leur 100^{ième} anniversaire en Belgique, ce nombre a presque triplé en 2010. En 2010, il y avait en Belgique 1.559 personnes avec l'âge de 100 ans ou plus âgée. Pour la Flandre, les chiffres sont de 285 (en 1990) et 883 (en 2010)⁸. Nous venons de voir précédemment que les femmes ont

7 Bureau fédéral du Plan (2010b). *Demografische indicatoren 2010-2060*. Consulté à 19 janvier 2012, à http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/demografische_indicatoren_2010-2060.jsp

8 Bureau fédéral du Plan (2010c). *Honderdplussers op 1 januari, per jaar (1990-2010), per geslacht en per gewest*. Consulté à 19 janvier 2012, à <http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/honderdplussers.jsp>

une espérance de vie supérieure, chez les personnes âgées de plus de 100 ans ceci devient très concret. En 2010, il y avait 231 personnes de 100 ans ou plus âgées. Ceci a plus que doublé en 20 ans. Ceci est principalement dû à l'augmentation de l'espérance de vie chez les femmes qui atteignent 100 ans et plus. Ce chiffre a augmenté de 88 à 211. Chez les hommes, les chiffres sont beaucoup plus petites: 16 personnes âgées de plus de 100 ans en 1990 et 20 personnes âgées de plus de 100 ans en 2010⁸.

Tableau 1.5 Nombre de 100+ année 1990 et 2010 en Belgique

	Belgique		Région Bruxelles-Capitale		Région flamande		Région wallonne	
	1990	2010	1990	2010	1990	2010	1990	2010
Hommes	109	186	16	20	64	120	29	46
Femmes	437	1373	88	211	221	763	128	399
Total	546	1559	104	231	285	883	157	445

Figure 1.1 et tableau 1.6 accordent un aperçu du taux de vieillissement par commune. Au plus le bleu est foncé, au plus il y a de personnes âgées il y a par rapport à toute la population. Les communes avec la plus grande proportion de personnes âgées sont Ganshoren, Woluwe-Saint-Pierre et Watermael-Boitsfort. Les communes avec la plus faible proportion de personnes âgées par rapport à toute la population sont Schaerbeek, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode⁹.

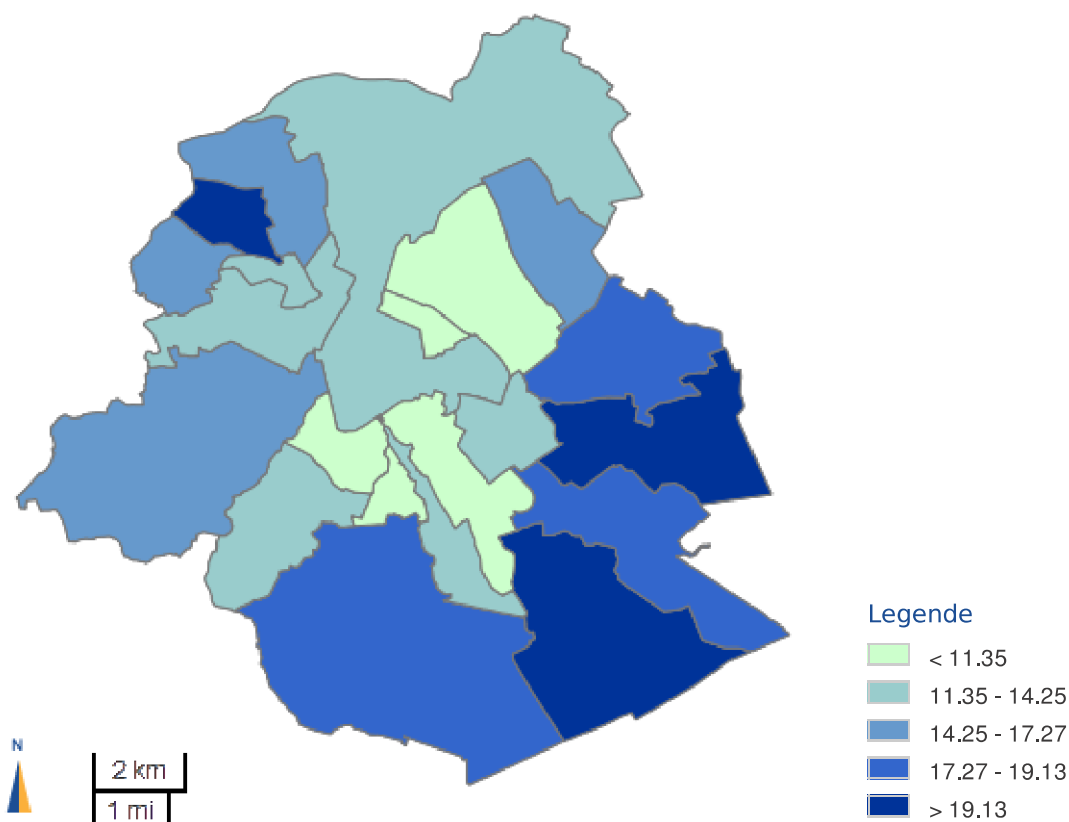


Figure 1.1 Proportion de 65+ dans les communes de Bruxelles année 2010

⁹ Wijkmonitoring (2012). Consulté à 20 mai 2012 à <http://www.irisnet.be/stats/indicators/>

La tableau 1.6 présente le pourcentage d'habitants dans chaque commune ainsi que le rapport entre ce pourcentage et la population totale de la Région de Bruxelles-Capitale. Les communes comptant le plus grand nombre d'habitants sont Bruxelles, Schaerbeek et Anderlecht. Les communes qui en comptent le moins dans la région de Bruxelles-Capitale sont Koekelberg, Berchem-Sainte-Agathe et Ganshoren. Ce tableau présente par ailleurs la part de 65 ans et plus dans chaque commune et compare ce nombre avec la population totale de la commune. Comme mentionné précédemment, le vieillissement de la population est le plus important à Ganshoren, Woluwe-Saint-Pierre et Watermael-Boitsfort et le moins élevé à Schaerbeek, Saint-Gilles et Saint-Josse-ten-Noode. Par rapport à la population totale de 65 ans et plus à Bruxelles, nous constatons que 12,3 % des 65 ans et plus habitent à Bruxelles, 10,2 % à Anderlecht et 9,7 % à Uccle. C'est dans les communes de Saint-Josse-ten-Noode (1,3 %), Koekelberg (1,8 %) et Berchem-Sainte-Agathe (2,3 %) que le groupe des 65 ans et plus est le moins représenté par rapport à l'ensemble de la population bruxelloise des 65 ans et plus¹⁰.

¹⁰ Wijkmonitoring (2012). Consulté à 20 mai 2012 à <http://www.wijkmonitoring.irisnet.be/stats/indicators/>

Tableau 1.6 Proportion d'habitants et de 65+ dans les communes bruxelloises en 2010

Communes Bruxelles- Capitale	Proportion habitants à 2010		Proportion 65+ à 2010		
	Nombres	% face à population Bruxelles- Capitale	Nombres	% face à population communes	% face à population Bruxelles- Capitale
Anderlecht	104647	9,6%	15571	14,9%	10,2%
Bruxelles	157673	14,5%	18684	11,9%	12,3%
Ixelles	80183	7,4%	9005	11,2%	5,9%
Etterbeek	44352	4,1%	5207	11,7%	3,4%
Evere	35803	3,3%	6011	16,8%	3,9%
Ganshoren	22589	2,1%	4520	20,0%	2,9%
Jette	46818	4,3%	7631	16,3%	5,0%
Koekelberg	19812	1,8%	2683	13,5%	1,8%
Auderghem	30811	2,8%	5389	17,5%	3,5%
Schaerbeek	121232	11,1%	12802	10,6%	8,4%
St-Agatha- Berchem	22185	2,0%	3643	16,4%	2,3%
St-Gilles	46981	4,3%	4482	9,5%	2,9%
Molenbeek-St- Jean	88181	8,1%	11155	12,7%	7,3%
St-Josse	26338	2,4%	2039	7,7%	1,3%
Woluwe-St- Lambert	50749	4,7%	9023	17,8%	5,9%
Woluwe-St- Pierre	39077	3,6%	7569	19,4%	4,9%
Uccle	77589	7,1%	14812	19,1%	9,7%
Forest	50258	4,6%	7152	14,2%	4,7%
Watermael- Boitsfort	24260	2,2%	4687	19,3%	3,1%
Total Bruxelles- Capitale	1.089.538	100%	152.065	14,0%	100%

Ensuite, nous donnons un aperçu de la proportion de personnes âgées seule et la proportion des femmes âgées, en couple, mais sans enfants¹¹. Ceci est important à savoir quand nous voulons faire des recommandations dans le cadre de soins par la famille. La grande majorité des soins par la famille est en fait fournie par le partenaire et les enfants.

Figure 1.2 et tableau 1.7 cadrent la proportion de personnes âgées seule. Proportionnellement plus de personnes âgées seules vivent à Ganshoren et Watermael-Boitsfort. A Saint-Josse-ten-Noode, Saint-Gilles et Ixelles la plus petite partie est seule et les personnes âgées ont encore souvent un partenaire.

¹¹ Wijkmonitoring (2012). Consulté à 20 mai 2012 à <http://www.wijkmonitoring.irisnet.be/stats/indicators/>

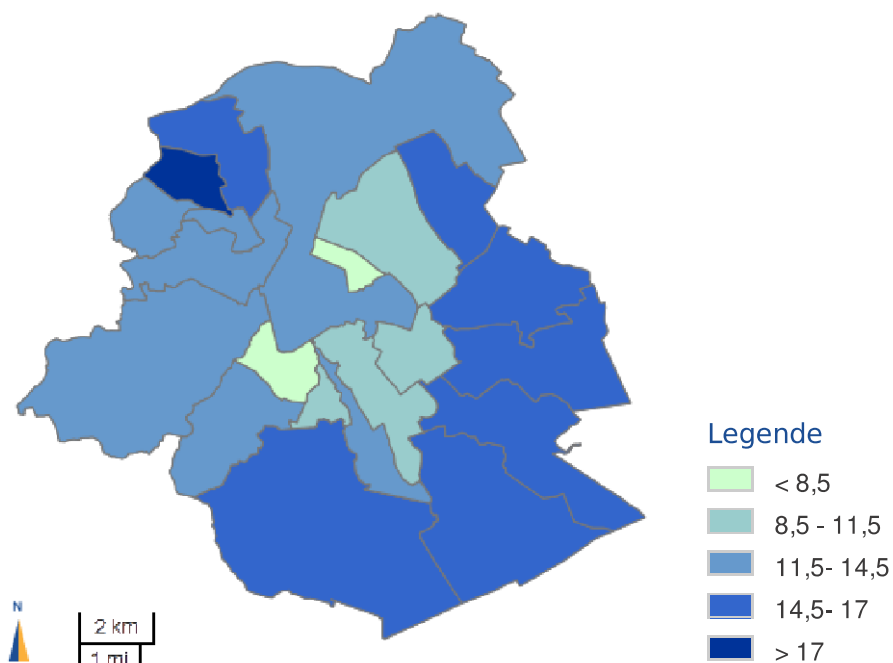


Figure 1.2 Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus seul (par rapport à la population de personnes de 65 ans et plus) année 2006 (%)

Tableau 1.7 Proportion de personnes âgées vivant seule de 65 ans et plus (par rapport à la population de 65 ans et plus) année 2006 (%)

Commune	Pourcentage 65+ vivant seule	Nombre absolu
Anderlecht	13,67	2187
Bruxelles	12,69	2401
Ixelles	9,89	921
Etterbeek	11,44	636
Evere	15,42	929
Ganshoren	14,83	1170
Jette	19,76	928
Koekelberg	12,92	358
Auderghem	15,78	892
Schaerbeek	10,64	1396
St-Agatha-Berchem	14,19	519
St-Gilles	8,3	384
Molenbeek-St-Jean	14,21	1580
St-Josse	8,23	162
Woluwe-St-Lambert	16,04	1481
Woluwe-St-Pierre	16,15	1242
Uccle	15,88	2352
Forest	12,8	936
Watermael-Boitsfort	16,86	788
Moyenne Région B-Capitale	13.12	20331

Figure 1.3 et tableau 1.8 donnent les chiffres de la proportion de femmes âgées de 60 ans et plus en couple sans enfants (par rapport aux femmes âgées de 60 ans et plus). A Woluwe-Saint-Pierre et Auderghem, environ 37% des femmes âgées (en couple) n'ont pas d'enfants. En revanche, à Saint-Josse-ten-Noode et Ixelles, les femmes (en couple) ont plus souvent des enfants.

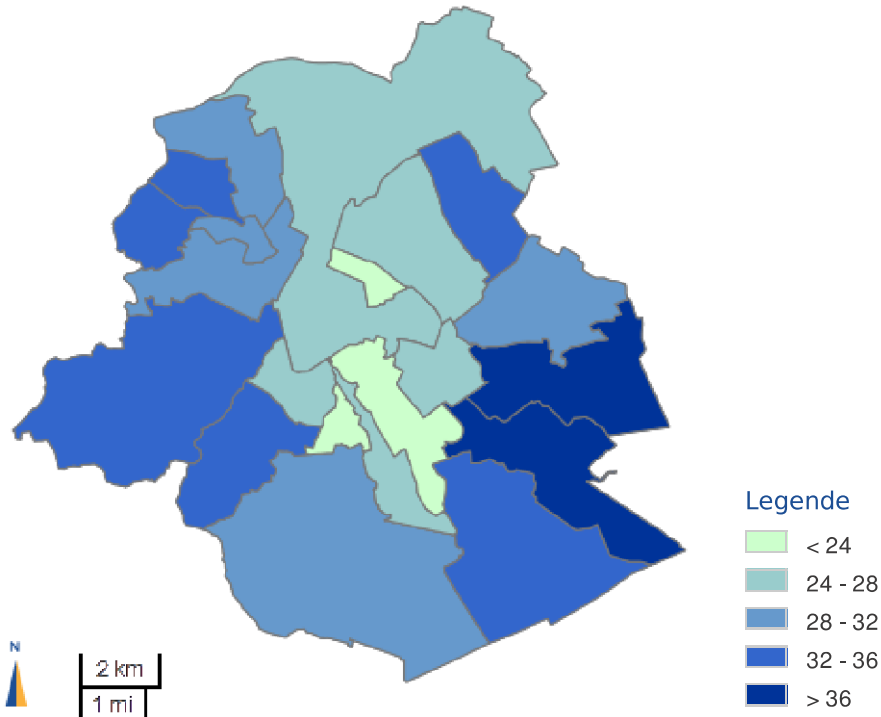


Figure 1.3 Proportion de femmes âgées de 60 ans et plus en couple sans enfants (par rapport aux femmes âgées de 60 ans et plus) année 2006 (%)

Tableau 1.8 Proportion de femmes âgées de 60 ans et plus en couple sans enfants (par rapport aux femmes âgées de 60 ans et plus) année 2006 (%)

Commune	Pourcentage 60+ femmes (en couple) sans enfants	Nombre absolu
Anderlecht	34,27	4077
Bruxelles	27,92	3938
Ixelles	23,01	1694
Etterbeek	26,01	1140
Evere	34,05	1564
Ganshoren	33,37	1210
Jette	31,77	1948
Koekelberg	31,32	655
Auderghem	36,14	1520
Schaerbeek	26,94	2695
Berchem-Ste-Agathe	35,03	972
St-Gilles	25,56	887
Molenbeek-St-Jean	30,22	2527
St-Josse	21,77	339
Woluwe-St-Lambert	31,48	2265
Woluwe-St-Pierre	37,09	2133
Uccle	31,98	3647
Forest	32,41	1802
Watermael-Boitsfort	34,1	1228
Moyenne Région B-Capitale	30,69	36239

2.1 Prévision démographique

Les figures 1.4 et 1.5 donnent une perspective des évolutions démographiques dans la région de Bruxelles-Capitale. En 2010, il y avait 1.089.538 personnes à Bruxelles. En 2040, une augmentation de 26,1% est prévue, de sorte que le nombre de «Bruxellois» est estimé à 1.374.537. De ce montant, 20,97% serait âgés de plus de 60 ans. Si l'on regarde les chiffres absolus, nous voyons une augmentation des personnes âgées de plus de 60 ans quasi constante d'environ 200.000 en 2010 jusqu'à environ 290.000 en 2040, soit une augmentation de 43,5%¹².

La Flandre est la région dans laquelle le vieillissement de la population devrait être le plus marqué. Dans ces figures, un élément saute aux yeux : la diminution proportionnelle en région de Bruxelles-Capitale due à la forte croissance de la population plus jeune. Ce phénomène n'est pas observé dans les autres régions. Lorsque nous examinons les chiffres absolus des figures 1.3 et 1.4, il n'est pas question d'une diminution mais bien d'une (forte) augmentation.

¹² Bureau fédéral du Plan (2010a). *Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2011-2061*. Consulté à 19 janvier 2012, à http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_op_1_januari_2011-2061.jsp

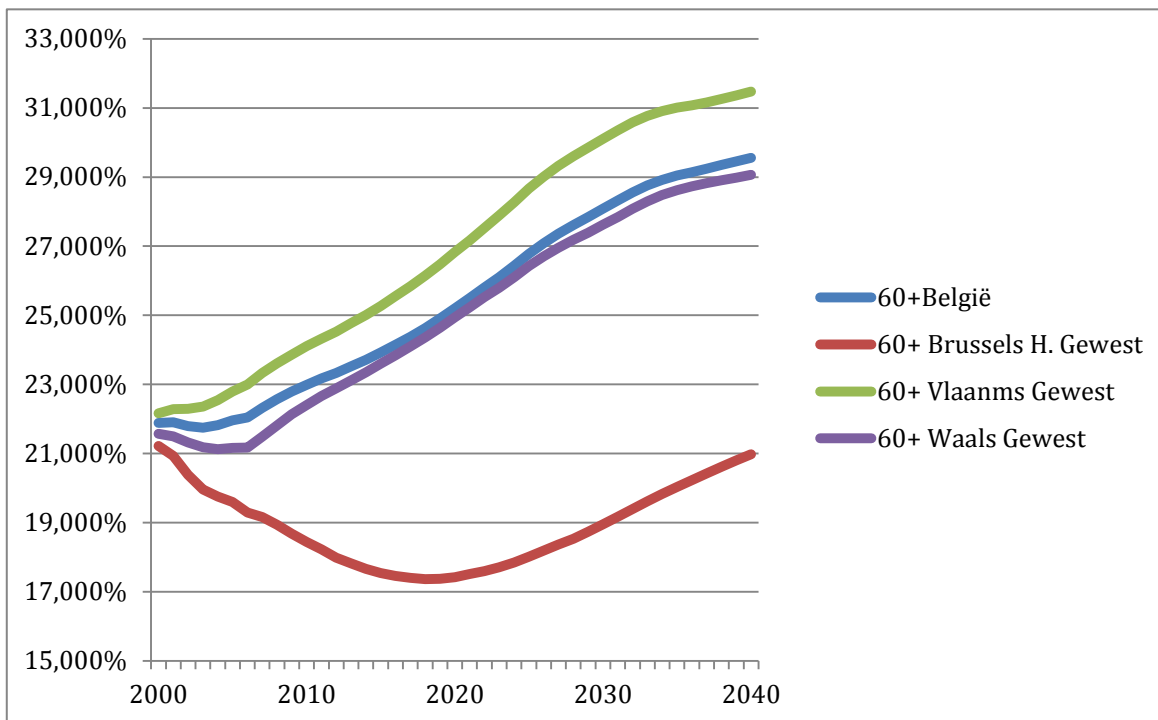


Figure 1.4 Prévisions 65 ans et plus 2010-2040

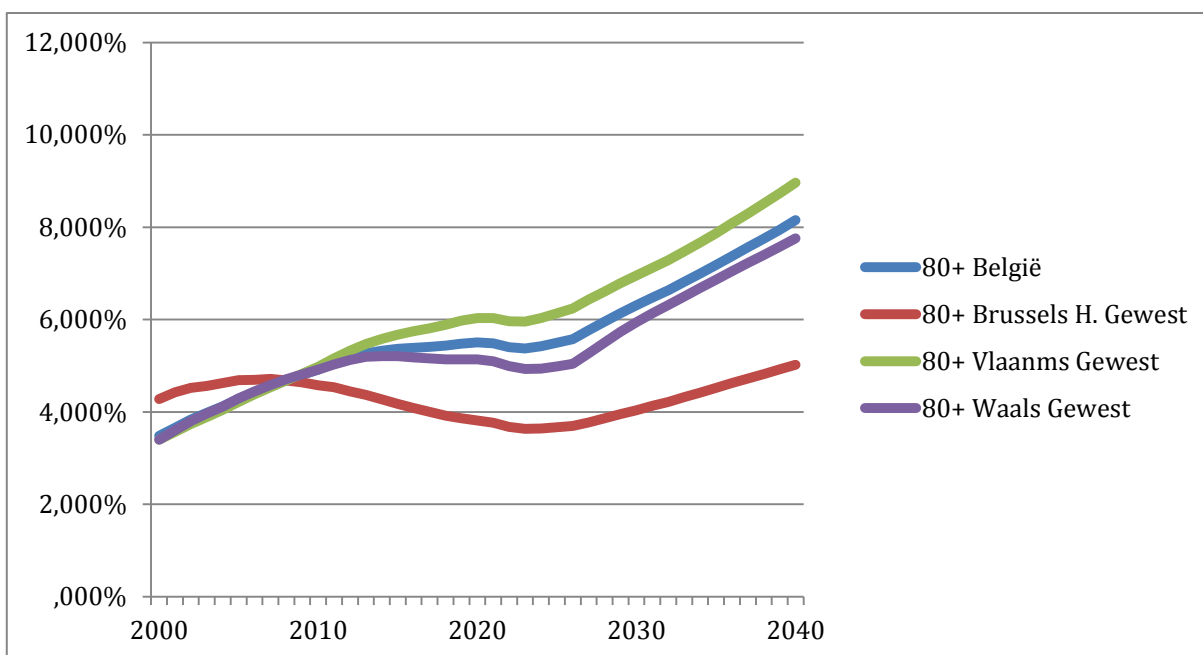


Figure 1.5 Prévisions 80 ans et plus 2010-2040

Les figures 1.6 et 1.7 présentent les prévisions en termes d'évolution démographique dans la région de Bruxelles-Capitale. En 2010, Bruxelles comptait 1.089.538 habitants. Une augmentation de 26,1 % est attendue en 2040, ce qui porterait le nombre de « Bruxellois » à 1.374.537. 20,97 % d'entre eux seraient âgés de plus de 60 ans. En termes de chiffres absolus, nous constatons une

augmentation quasi constante du nombre de 60 ans et plus, d'environ 200.000 en 2010 à environ 290.000 en 2040, soit une augmentation de 43,5 %¹³.

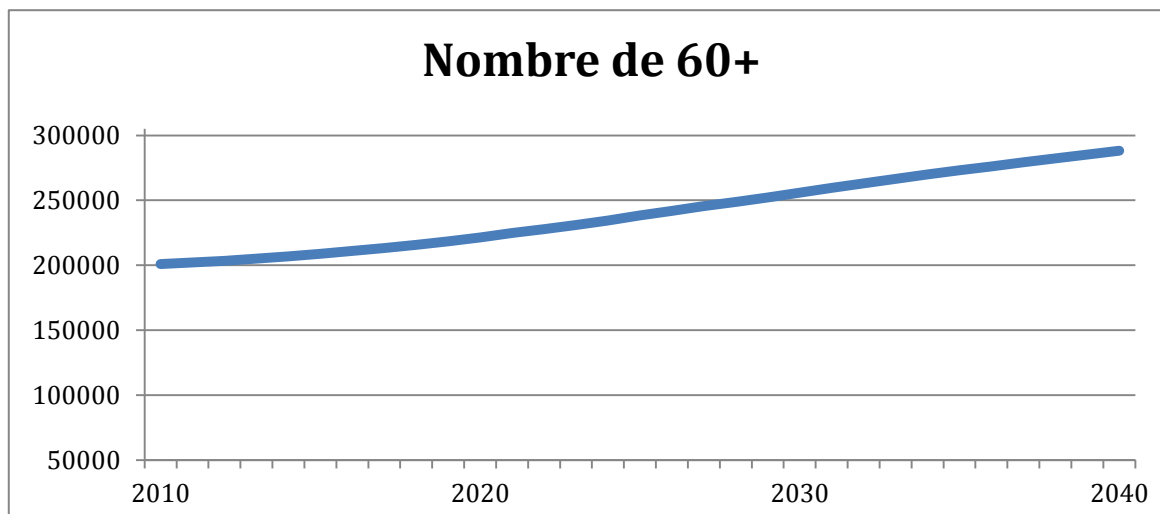


Figure 1.6 Prévisions 60 ans et plus 2010-2040 en Bruxelles

L'on prévoit en 2040 que près d'un Bruxellois sur vingt sera âgé de 80 ans ou plus. La figure 1.5 nous accorde un aperçu des chiffres absolus. Jusqu'à 2022, une stagnation jusqu'à une légère baisse est attendue dans le nombre de personnes de plus de 80 ans, puis en quelques années une augmentation d'environ 47.000 jusqu'à environ 69.000, soit une augmentation de 45% en 18 ans¹².

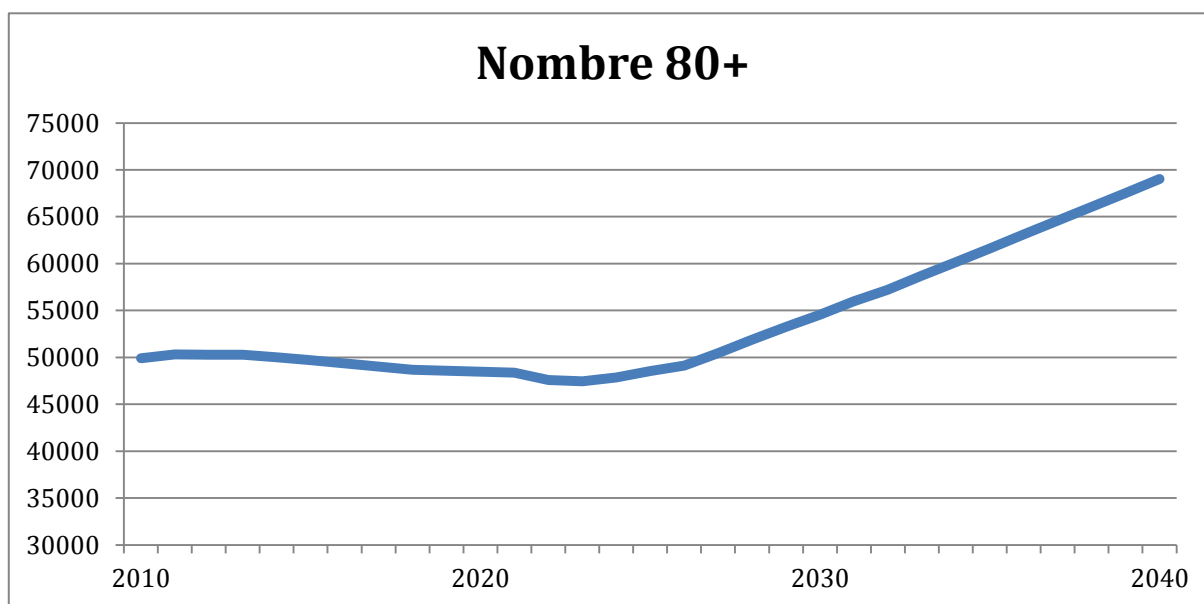


Figure 1.7 Prévisions 80 ans et plus 2010-2040 en Bruxelles

13 Bureau fédéral du Plan, 2010a. *Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2011-2061*. Consulté à 19 janvier 2012, à http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_op_1_januari_2011-2061.jsp

Le tableau 1.9 livre les pronostics pour l'année 2022 en région de Bruxelles-Capitale. Au 1^{er} janvier 2010, 203.294 Bruxellois étaient âgés de plus de 60 ans. Ce nombre devrait passer à 227.888 en 2022. En ce qui concerne les 80 ans et plus, nous observons une diminution de 50.288 à 47.600¹⁴.

Tableau 1.9 Prévisions Région Bruxelles-Capitale 2010 - 2020

Âge	2010		2022	
	N	%	N	%
60-64	48845	4,48%	58613	4,53%
65-69	37222	3,42%	48759	3,76%
70-74	33871	3,11%	41178	3,18%
75-79	31090	2,85%	31738	2,45%
80-84	25282	2,32%	22362	1,73%
85-89	17662	1,62%	15227	1,18%
90-94	4986	0,46%	7552	0,58%
95-99	1735	0,16%	2174	0,17%
100+	231	0,02%	285	0,02%
Total 60+	203294	18,44%	227888	17,6%
Total 65+	152079	13,96%	169275	13,07%
Total 80+	50288	4,58%	47600	3,68%
Population total Bruxelles-Capitale	1089538		1294901	

Le tableau 1.10 donne les pronostics en termes de croissance de la population des 65 ans et plus entre 2010 et 2020 pour chaque commune bruxelloise.¹⁵ Nous constatons une augmentation de ce groupe de la population dans presque chaque commune. Les communes où l'augmentation attendue de la population des 65 ans et plus est la plus élevée sont Saint-Josse-ten-Noode (27,07 %), Molenbeek-St-Jean (15,72 %) et Saint-Gilles (14,83 %). Une diminution du nombre de 65 ans et plus – de 0,62 % – est seulement prévue pour la commune d'Ixelles.

¹⁴ Bureau fédéral du Plan (2010a). *Bevolking op 1 januari en per leeftijd 2011-2061*. Consulté à 19 janvier 2012, à http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/downloads/bevolking_op_1_januari_2011-2061.jsp

¹⁵ Monitoring des quartiers (2012). Consulté à 20 mai 2012 à <http://www.wijkmonitoring.irisnet.be/stats/indicators/>

Tableau 1.10 Prévisions pour la croissance de la population des 65 ans et plus dans les communes bruxelloises 2010-2020

Commune	Croissance de la population totale entre 2010 en 2020 (%)	Croissance de la population des 65+ entre 2010 et 2020 (%)
Anderlecht	20,26	13,32
Bruxelles	16,76	12,87
Ixelles	2,54	-0,62
Etterbeek	11,43	2,48
Evere	10,65	8,70
Ganshoren	14,32	7,33
Jette	17,75	9,88
Koekelberg	17,88	9,02
Auderghem	7,61	2,18
Schaerbeek	15,45	12,14
Berchem-Ste-Agathe	18,47	12,59
St-Gilles	15,01	14,83
Molenbeek-St-Jean	20,14	15,72
Saint-Josse	25,16	27,07
Woluwe-St-Lambert	8,87	5,32
Woluwe-St-Pierre	2,04	4,82
Uccle	3,80	6,87
Forest	7,67	6,26
Watermael-Boitsfort	2,35	3,09
Moyenne Bruxelles-Capitale	13,09	9,41

3. Le contexte bruxellois: répartition des compétences

Afin d'avoir un aperçu de l'offre de soins à l'échelle bruxelloise, il importe de prendre en compte la structure de l'État belge et son système de répartition des compétences. La Belgique comporte trois régions (Région flamande, Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale) et trois communautés (Communauté flamande, Communauté française et Communauté germanophone).

Les Régions disposent respectivement de compétences liées à leur région ou territoire et assument des responsabilités en matière d'économie, d'emploi, d'agriculture, de politique de l'eau, de logement, de travaux publics, d'énergie, de transports, d'environnement, d'aménagement du territoire, d'urbanisme, de conservation de la nature, de crédit, de commerce extérieur, et de tutelle sur les provinces, les communes et les intercommunales. Elles exercent également leurs compétences dans le cadre de la recherche scientifique et des relations internationales dans les domaines susmentionnés. Chaque Région dispose d'un organe législatif, le parlement de la Région, et d'un organe exécutif, le gouvernement de la Région.

Les Communautés sont *basées sur la langue et les matières liées aux personnes* et sont compétentes pour la culture, l'enseignement, l'emploi des langues et les matières dites « personnalisables » (comprenant, d'une part, la politique de santé et, d'autre part, l'aide aux personnes). Les communautés sont également compétentes en matière de recherche scientifique et de relations internationales dans les domaines qui relèvent de leur compétence. Les institutions communautaires et régionales ont été regroupées en Flandre, cette dernière disposant donc d'un seul parlement et d'un seul gouvernement. La Communauté flamande exerce ses compétences dans les provinces flamandes et à Bruxelles en ce qui concerne les matières communautaires ; la Communauté française exerce ses compétences dans les provinces wallonnes (à l'exception des communes germanophones) et à Bruxelles en ce qui concerne les matières communautaires ; la Communauté germanophone exerce ses compétences dans les communes de la province de Liège constituant la région de langue allemande¹⁶. Les Communautés flamande et française mènent toutes deux leur propre politique liée aux matières communautaires dans la Région de Bruxelles-Capitale, trois institutions distinctes ayant été créées à cet effet : la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) (Commission communautaire flamande (COCON)), la Commission communautaire française (COCOF) et la Commission communautaire commune (COCOM).

Les compétences sont partagées entre la Commission Communautaire Française, la Commission Communautaire Commune et la Commission communautaire Flamande. Chacune des commissions communautaires exerce des compétences en tant que pouvoir organisateur dans les matières culturelles, d'enseignement et personnalisables. Sauf la Commission communautaire française, qui a reçu l'exercice et non les compétences d'une partie de compétences de la Communauté française et a donc un pouvoir délégué pour ces matières. Les compétences ne s'appliquent pas aux personnes, car les habitants de Bruxelles ne peuvent en aucun cas être obligés de choisir l'une des deux communautés afin de bénéficier des services de la communauté en question.

Les élus de chaque groupe linguistique à Bruxelles forment une Assemblée, dirigée par un Collège, et sont constitutionnellement responsables des matières communautaires à Bruxelles. Chaque commission peut adopter des règlements afin de mettre ces compétences en œuvre et le Collège

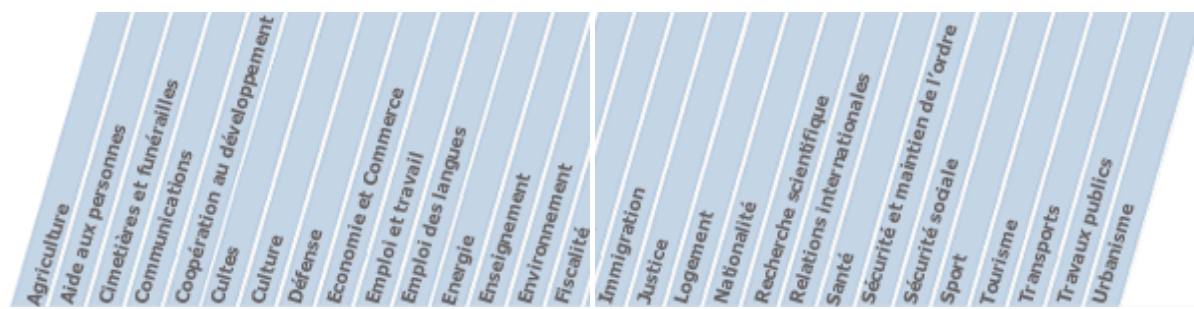
¹⁶ Informations disponibles sur http://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/regions/ et http://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/communautes/

applique ensuite ces règlements par voie d'arrêtés. Les commissions communautaires agissent en toute autonomie et ne font pas partie des institutions de la Région de Bruxelles-Capitale, même si des membres du Conseil de la Région et du Gouvernement de la Région siègent dans leurs Assemblées et Collèges.

Les matières personnalisables, dont les soins de santé et l'aide aux personnes, ont été transférées aux communautés au fil des différentes réformes de l'État. Une proportion considérable de compétences en la matière continuent cependant à relever de la responsabilité des autorités fédérales. Les communautés sont compétentes en ce qui concerne l'agrément et la fermeture d'hôpitaux, de maisons de repos, de maisons de soins psychiatriques et l'habitat protégé. Les aspects tels que les normes, la programmation, l'agrément et les subsides en matière de politique de soins à domicile relèvent de la responsabilité des communautés. Les soins à domicile constituent une compétence communautaire, ce qui signifie que les réglementations fédérale, flamande, wallonne, de la COCOM et de la COCOF s'appliquent respectivement à Bruxelles.

Vous trouverez ci-dessous une présentation schématique des compétences et des instances responsables et un exercice des compétence dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale¹⁷.

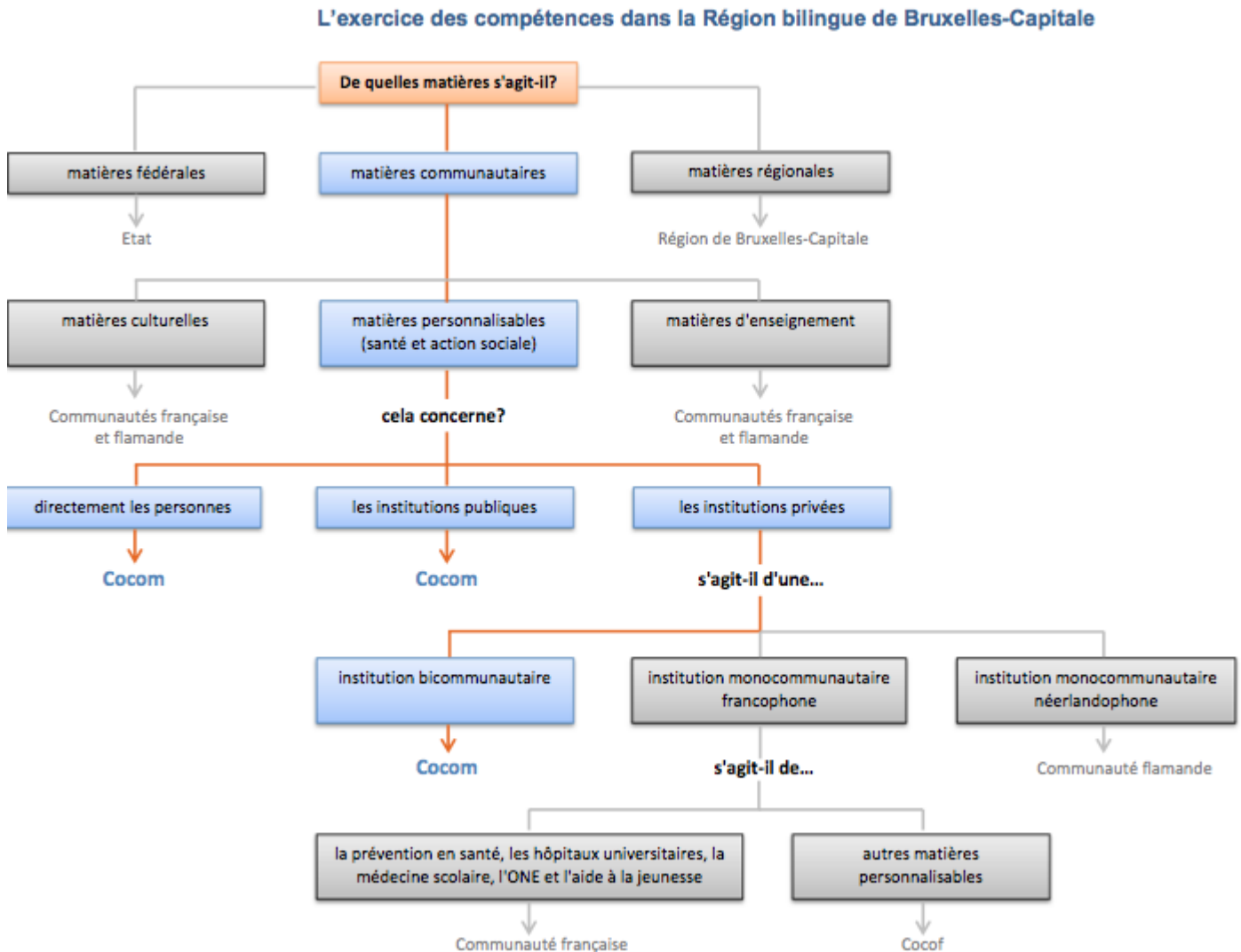
Tableau 1.11 Aperçu des compétences à Bruxelles



	Agriculture	Aide aux personnes	Cimetières et funérailles	Communications	Coopération au développement	Cultes	Culture	Défense	Economie et Commerce	Emploi et travail	Emploi des langues	Energie	Enseignement	Environnement	Fiscalité	Immigration	Justice	Logement	Nationalité	Recherche scientifique	Relations inter nationales	Santé	Sécurité et maintien de l'ordre	Sécurité sociale	Sport	Tourisme	Transports	Travaux publics	Urbanisme		
Autorité-fédérale	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓		
Région	✓		✓			✓			✓	✓	✓		✓	✓				✓		✓	✓							✓	✓	✓	
COCOM		✓																		✓	✓	✓									
Communauté française		✓					✓						✓							✓	✓	✓			✓						
COCOF		✓					✓						✓							✓	✓	✓			✓	✓					
Communauté flamande		✓					✓						✓							✓	✓	✓			✓	✓					
VGC		✓					✓						✓							✓	✓	✓			✓						
Communes		✓	✓			✓	✓						✓	✓	✓			✓					✓	✓				✓	✓		
Gouverneur																							✓								
Vice Gouverneur										✓																					

¹⁷ Information disponibles sur <http://www.rbc.irisnet.be/crisp/fr/tableau.html>

Tableau 1.12 L'exercice des compétences dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale¹⁸



3.1 Communauté flamande

L'autorité flamande est responsable de la planification, de l'agrément et du contrôle des structures de soins à domicile et aux personnes âgées. La Flandre applique ses propres normes de programmation et d'agrément pour la planification et l'agrément de structures et associations de soins à domicile. L'Autorité flamande est pleinement compétente pour la plupart des structures de soins à domicile et partage ses responsabilités avec l'Autorité fédérale en ce qui concerne les

¹⁸ Information disponibles sur <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/pdf/uitoefening-bevoegdheden-in-het-tweetalig-gebied-Brussel-Hoofdstad.pdf>

centres de soins de jour et les centres de court séjour. Seules la programmation et les normes d'agrément pour l'agrément spécial comme centre de soins de jour sont arrêtées par l'Autorité fédérale. La programmation des structures de soins à domicile est déterminée sur la base de critères objectivement mesurables et les normes d'agrément fixent, par type de structure, les critères à satisfaire pour obtenir un agrément.

L'Autorité flamande est compétente pour le subventionnement des structures de soins à domicile. Les structures et associations de soins à domicile reçoivent une enveloppe subventionnelle pour l'ensemble de leur fonctionnement. Dans certains cas, il s'agit d'un montant de subvention forfaitaire. Dans d'autres cas, la subvention est, en tout ou en partie, liée aux performances. Le fonctionnement des centres de soins de jour et de court séjour peut aussi être financé par l'INAMI. L'Autorité flamande reconnaît et subventionne également les centres de formation pour soignants polyvalents associés à un service d'aide aux familles.

L'Agence flamande Soins et Santé veille à la programmation et au subventionnement des structures et associations de soins à domicile. L'Agence est intégrée dans le domaine politique Bien-être, Santé publique et Famille, qui inclut un département et différentes agences internes et externes autonomisées. La mission de l'équipe Première ligne et Soins à domicile, intégrée dans le Département Prévention, Première ligne et Soins à domicile, consiste à veiller au maintien des personnes âgées à domicile le plus longtemps possible et à assurer la continuité des soins¹⁹.

3.2 Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC)

La Communauté flamande fait office de pouvoir législatif et adopte des décrets, alors que la Commission communautaire flamande (VGC) est l'instance coordinatrice en ce qui concerne les matières communautaires et les institutions uni-communautaires privées et publiques flamandes. La VGC ne dispose pas de compétence législative et ne peut donc adopter que des règlements, sous la tutelle de la Communauté flamande, portant exclusivement sur les institutions qui relèvent de cette dernière. Le Conseil est constitué de 17 membres du groupe linguistique néerlandais du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale et constitue l'organe législatif au sein de la VGC. Le Collège assume le pouvoir exécutif et inclut les deux ministres flamands et le secrétaire d'État flamand du Gouvernement bruxellois. Le Parlement flamand peut transférer une compétence réglementaire à la VGC et la Communauté flamande exerce une tutelle sur la VGC²⁰.

Le Service Soins à domicile du Département Bien-être, Santé et Famille de la VGC propose des subventions complémentaires à certains types de structures de soins à domicile agréées par la Flandre. La VGC subventionne les frais de personnel du responsable du centre et une grande partie des frais de fonctionnement des centres de services locaux agréés de la Région de Bruxelles-Capitale. Une subvention complémentaire limitée est réservée à un centre de services régional et à deux services agréés d'aide aux familles et d'aide complémentaire à domicile. Toute organisation néerlandophone active dans le domaine des soins à domicile à Bruxelles peut demander des subventions (par exemple pour le lancement d'une organisation, pour un projet, etc.). La VGC peut

¹⁹ Informations disponibles sur <http://www.zorg-en-gezondheid.be/FR/>

²⁰ Informations disponibles sur www.vgc.be et www.raadvvc.be

intervenir dans les frais d'abonnement et de raccordement téléphoniques et les systèmes d'alarme personnel PAS²¹.

3.3 Commission communautaire française (COCOF)

La COCOF est compétente pour les institutions relevant de la Communauté française et fait office, comme la VGC, de pouvoir organisateur pour les matières culturelles, d'enseignement et personnalisables. La COCOF se compose du Conseil, constitué des 72 membres du groupe linguistique francophone du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, et du Collège, qui inclut les ministres et secrétaires d'État francophones du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. La Communauté française transfère l'exercice d'un certain nombre de compétences à la COCOF, cette dernière ayant donc reçu un pouvoir législatif et étant habilitée à adopter des décrets, pour ces matières spécifiques, pour les institutions appartenant à la Communauté française. Il s'agit de compétences en matière d'infrastructures privées pour l'éducation physique, les sports et la vie en plein air, de tourisme, de promotion sociale, de reconversion et de recyclage professionnels, de transport scolaire, de politique de la santé et d'aides aux personnes. La COCOF est également compétente pour fonder, financer et contrôler, conjointement avec la Communauté française, des institutions ayant pour objectif d'acheter, de gérer et de vendre des biens immobiliers destinés à l'enseignement organisé par les pouvoirs publics (à l'exception de l'enseignement supérieur)²². Étant donné que la Communauté française a transféré l'exercice de ses compétences en matière de santé et d'aide aux personnes à la COCOF, cette dernière est responsable de la programmation, de l'agrément et du subventionnement d'organisations proposant des services de soins ambulatoires. La COCOF intervient dans les frais de téléphone et d'installation, ainsi que dans l'abonnement à un système de télésurveillance. Au sein de la COCOF, le suivi des soins à domicile est assumé par le service Directions d'administration opérationnelles - Affaires sociales et Santé.

3.4 Commission communautaire commune (COCOM)

La Commission communautaire commune est responsable de l'organisation et de la gestion des matières communes aux deux communautés de la Région de Bruxelles-Capitale. La COCOM constitue le pouvoir législatif en rapport avec les institutions qui ne dépendent pas exclusivement de l'une ou l'autre communauté, notamment en ce qui concerne les citoyens : politique de la santé (politique de dispensation des soins dans et en dehors des institutions de soins, éducation sanitaire, médecine préventive) et aide aux personnes (politique de la famille, politique sociale, personnes handicapées, troisième âge, jeunes, immigrés, aide sociale aux détenus, etc.). La COCOM approuve les ordonnances uniquement en ce qui concerne les matières personnalisables ayant trait aux deux communautés. Ces ordonnances s'appliquent aux institutions bilingues qui n'appartiennent ni à la Communauté flamande, ni à la Communauté française, tels les CPAS et les hôpitaux publics, ou se rapportent à l'aide fournie directement aux personnes (sans l'intermédiaire d'institutions). Les CPAS et, parfois, les communes financent cette politique ou font office de pouvoir organisateur pour des institutions pour personnes âgées. Le parlement – l'Assemblée réunie – est constitué des

²¹ Informations disponibles sur <http://www.vgc.be/Welzijn+en+Gezondheid/ZorgzameStad/Thuiszorg>

²² Informations disponibles sur www.cocof.irisnet.be et www.accf.irisnet.be

représentants des deux groupes linguistiques. Cela signifie que les 89 députés bruxellois siègent à la fois au Parlement bruxellois et à l'Assemblée réunie de la COCOM. Le pouvoir exécutif est assumé par le Collège réuni, qui se compose des ministres du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale²³.

Tableau 1.13 Aperçu des parlements et exécutifs bruxellois

	Assemblée	Norme législative	Gouvernement
Région de Bruxelles-Capitale	Conseil de la Région de Bruxelles-Capitale (ou Parlement bruxellois)	Ordonnance	Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale
COCOF	"Assemblée de la Commission communautaire française	Décret	Collège de la Commission communautaire française
VGC	Assemblée de la Commission communautaire flamande	-	Collège de la Commission communautaire flamande
COCOM	Assemblée réunie de la Commission communautaire commune	Ordonnance	Collège réuni de la Commission communautaire commune

²³ Informations disponibles sur <http://www.bruxelles.irisnet.be/a-propos-de-la-region/les-institutions-communautaires-a-bruxelles/les-institutions-communautaires-a-bruxelles/cocom> ou <http://www.rbc.irisnet.be/crisp/fr/btable.htm>

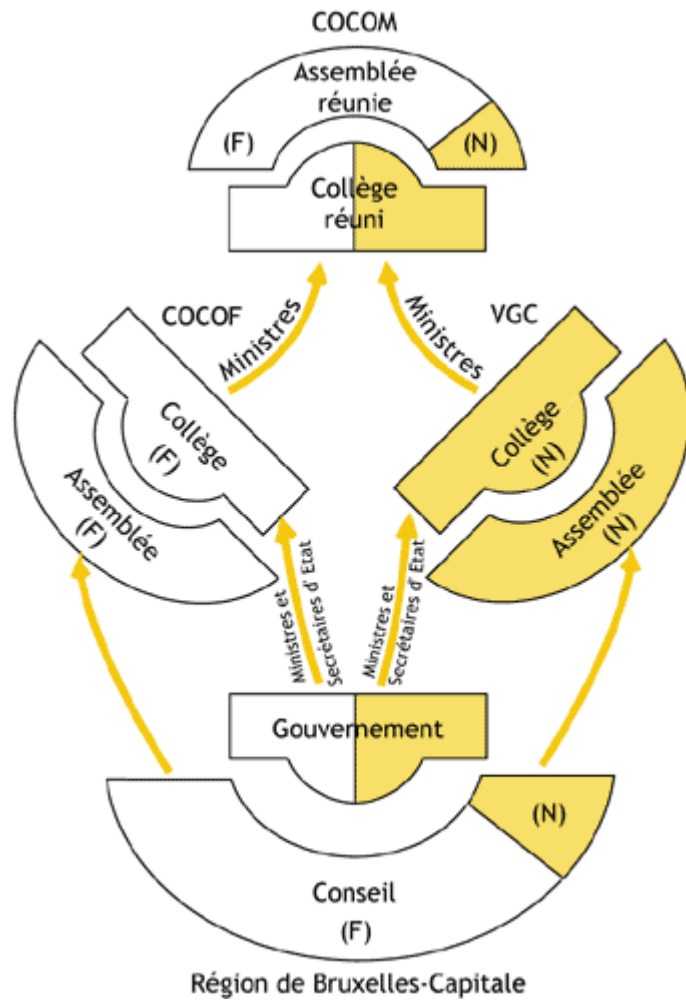


Figure 1.8 Représentation schématique des commissions communautaires bruxelloises

3.5 Programmation et réglementation

À Bruxelles, les normes relatives aux structures et aux services de soins, à l'accueil et au logement des personnes âgées sont régies par divers décrets en fonction de la politique linguistique de l'institution.

Communauté flamande

La Communauté flamande considère le développement des soins à domicile comme un aspect prioritaire de sa politique de santé. La tendance dominante vise à inciter les personnes à demeurer chez elles le plus longtemps possible. La réglementation relative aux structures agréées par la Communauté flamande est reflétée dans les arrêtés d'exécution du « **Woonzorgdecreet** » (décret sur les soins et le logement) du 13 mars 2009, un décret intégral sur les soins à domicile et les soins résidentiels aux personnes âgées remplaçant le « **Thuiszorgdecreet** » (décret sur les soins à domicile) du 14 juillet 1998 et le « **Ouderendecreet** » (décret relatif aux structures destinées aux personnes âgées) du 5 mars 1985. Ce décret combinant des formes existantes et nouvelles de soins à domicile, de soins complémentaires et de services de soutien à domicile et de soins résidentiels pour les personnes âgées présente trois objectifs principaux :

1. soins sur mesure pour l'utilisateur et élaboration d'un continuum de soins via la mise en œuvre ad hoc de soins autonomes, professionnels et de proximité ;
2. actualisation et harmonisation de la réglementation en ce qui concerne les soins, le logement et le bien-être, dans le but de favoriser la collaboration entre les prestataires de soins à domicile, de services de soutien à domicile et de soins résidentiels ;
3. augmentation de la qualité des soins et du logement en répondant de façon adéquate aux besoins physiques et psychiques individuels du demandeur de soins et en veillant à l'inclusion sociale et au bien-être de l'utilisateur.

Les arrêtés d'exécution relatifs à la programmation, aux conditions d'agrément et au règlement en matière de subventions des structures de soins à domicile et des associations d'utilisateurs et d'aidants proches ont été approuvés le 24 juillet 2009 par le Gouvernement flamand. Ces dispositions doivent entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2010 et les services bénéficient d'une période de deux ans pour s'adapter à la nouvelle réglementation. L'instance responsable est l'Équipe Première ligne et Soins à domicile, qui fait partie du Département Prévention, Première ligne et Soins à domicile de l'Agence flamande Soins et Santé.

La programmation des soins à domicile pour l'année N est déterminée sur la base d'une projection démographique de l'année calendaire N +1 à N +5, en fonction du type de structure. Ces chiffres sont obtenus par l'application de 30 % des résultats pour la population bruxelloise totale, en fonction d'une projection démographique pour chacune des années calendaires de 2011 à 2015, telle que prévue par les « Perspectives démographiques 2000-2050 » de l'Institut

national de Statistique et du Bureau fédéral du Plan, fixés pour l'application des chiffres du programme²⁴.

COCOM

L'ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et aux services d'aide aux personnes règle les matières et le fonctionnement du secteur bicommunautaire de l'aide sociale et des soins de santé. L'accueil résidentiel et non résidentiel des personnes âgées est régi par l'ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

COCOF

Le décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'accueil et d'hébergement à mener envers les personnes âgées fixe la réglementation concernant les établissements résidentiels et les services non résidentiels destinés aux personnes âgées.

Avec le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, la COCOF a opté pour une approche plus intégrée des services ambulatoires. Treize décrets relatifs à l'action sociale, à la famille et à la santé ont été réunis dans un seul décret dit « **Décret Ambulatoire** ».

Ce décret vise à assurer une simplification administrative, une durée indéterminée des agréments et une évaluation qualitative plus structurée des services ambulatoires. La programmation n'est plus seulement basée sur des disponibilités budgétaires, mais est aussi établie en fonction de critères sociologiques, géographiques et épidémiologiques. Par ce décret, le Collège est également habilité à accorder un agrément pluriannuel à des réseaux de santé. L'arrêté du 4 juin 2009 de la Commission communautaire française portant application du décret susmentionné fournit exclusivement les conditions d'agrément et le cadre financier et personnel, ainsi que le nombre de services ambulatoires susceptibles d'être agréés.

²⁴ Arrêté ministériel du 20 janvier 2006 fixant les projections démographiques pour l'application des chiffres de programme des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile, Moniteur belge, 15 février 2006

Partie 2 : chiffres de programmation actuels pour les soins aux personnes âgées

Par « soins aux personnes âgées », on entend « tout soutien ou prestation de services visant à faire en sorte que la personne âgée puisse demeurer à l'endroit où elle vit, soit par des "soins à domicile" dans son environnement habituel, soit par des "soins résidentiels" assurés dans une "structure résidentielle pour personnes âgées", c'est-à-dire une structure autre que le domicile où la personne âgée peut séjourner à titre temporaire ou permanent. » Il existe également des services semi-résidentiels comme des centres de (soins) de jour, des services d'accueil temporaire et d'accueil de nuit. Les chiffres de programmation sont donc ventilés en trois sections : soins à domicile (partie 2.1), soins résidentiels (partie 2.2) et soins semi-résidentiels (partie 2.3).

Afin de présenter un aperçu actuel des services de soins aux personnes âgées à Bruxelles, nous abordons dans un premier volet la façon dont la réglementation, la programmation et l'offre de soins aux personnes âgées sont élaborées et concrétisées par les différentes autorités bruxelloises. Ce volet visait en premier lieu à dresser un inventaire, sur la base d'un travail de documentation et d'analyse de documents, de la législation et de la réglementation, de la programmation, du financement/subventionnement et de l'offre existante. Nous avons aussi collecté des données relatives à la mise en œuvre des services et des structures et au personnel. Ces données devaient en principe être communiquées par les différentes autorités et instances compétentes sur la base d'une matrice élaborée par l'équipe de recherche. Ces données reflètent la situation à la fin 2011.

La programmation et l'offre ont été analysées et une distinction a été opérée entre ces différentes instances autorisées. Étant donné que la programmation et la réglementation relatives aux structures de soins pour les personnes âgées sont déterminées de manière distincte par les différentes autorités, mais que les habitants de Bruxelles peuvent utiliser l'ensemble de ces services, une comparaison de ces divers modèles peut éventuellement mettre en évidence certains goulets d'étranglement.

Partie 2.1 : « Soins à domicile »

1. Introduction

Le terme « soins à domicile » fait référence aux soins que l'on prodigue à domicile ou aux soins qui sont spécifiquement axés sur le fait de maintenir l'utilisateur ou de le faire rentrer dans son milieu naturel.

Pour cette partie, le rédacteur s'est inspiré de la monographie 'De thuiszorg onder de loep in Brussel', éditée par le Kenniscentrum Woonzorg Bruxelles en septembre 2010. Vu l'exhaustivité et la clarté de cet ouvrage, les parties sur la programmation et l'offre de soins à domicile pour les personnes âgées (partie 3 et 4 de l'édition en question) ont été quasi intégralement reprises avec l'accord des auteurs que nous remercions, moyennant l'actualisation des données disponibles.

Dans cette édition est utilisée comme référence pour l'analyse de la programmation et de l'offre de services de soins à domicile la définition mentionnée à l'article 2, 14° du Décret sur les soins et le logement. Cette option a été prise car la programmation flamande est davantage répartie en différentes formes de travail que la programmation de la COCOM ou de la COCOF. Le choix de cette option est purement pragmatique et n'implique aucune appréciation vis-à-vis de la programmation élaborée des autres autorités.

Dans le Décret sur les soins et le logement, on entend par structures de soins à domicile les services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, les services d'aide logistique, les services de garde, les services de soins infirmiers à domicile, les services d'assistance sociale de la mutualité, les centres de services locaux, les centres de services régionaux. Les associations de et pour usagers et aidants proches sont également décrites dans cette partie, tout comme les services intégrés de soins à domicile.

Les services d'accueil temporaire, les centres de soins de jour et les centres de convalescence, qui entrent également en considération dans l'édition précitée, car il s'agit d'une partie de l'offre pour les personnes âgées qui souhaitent rester vivre chez elles le plus longtemps possible, ont plutôt leur place dans les structures résidentielles (non permanentes), et sont dès lors traités dans la partie 2.2 ou 2.3.

2. Service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires

2.1 Description

Communauté flamande

Dans le *Décret sur les soins à domicile du 14 juillet 1998*, les services d'aide aux familles et les services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires constituaient 2 structures distinctes. Avec l'arrivée du nouveau *Décret sur les soins et le logement*, les soins à domicile complémentaires sont ajoutés à la mission des services d'aide aux familles et dissociés des services d'aide logistique. La majorité des services agréés d'aide aux familles offrent déjà à l'heure actuelle des activités de soins à domicile complémentaires. Les services qui ne proposent pas encore de soins à domicile complémentaires, ont la possibilité de les ajouter à leur offre sur la base d'une structure de coopération.

Un service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires est décrit comme une structure dont la mission est d'offrir aux usagers à capacité réduite d'autonomie les services suivants :

1. soins personnels et aide ménagère ;
2. soins à domicile complémentaires, le cas échéant, sur la base d'un partenariat²⁵.

L'aide aux familles et les soins à domicile complémentaires sont destinés à un usager et/ou à son entourage qui, en raison de conditions sociales particulières ou d'une incapacité mentale ou physique, ne disposent pas de suffisamment de moyens. Chaque année, le personnel d'encadrement du service effectue une enquête sociale dans le milieu naturel de l'usager. Les besoins de l'usager sont déterminés à l'aide de l'échelle de profil BEL²⁶. Les services offerts peuvent se caractériser tant par la prévention, la convalescence, les soins que par les soins palliatifs. Ils jouent en outre un rôle de soutien, de complément ou de remplacement.

Le Gouvernement flamand définit quelles activités un service agréé d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires doit réaliser afin d'exécuter sa mission comme il se doit. En tout cas, les soins suivants doivent au moins être dispensés :

1. soins personnels ;
2. aide ménagère ;
3. soutien et accompagnement psychosociaux et pédagogiques généraux, en rapport avec les soins personnels et l'aide ménagère ;
4. aide au nettoyage, le cas échéant, sur la base d'un partenariat²⁷.

²⁵ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.5, Moniteur belge, 14 mai 2009.

²⁶ Le profil des soins de première ligne de base est une méthode de dépistage afin de déterminer les besoins en termes de soins au niveau ménager, physique, social et mental. Plus le score du profil BEL est élevé, plus la dépendance de l'usager est élevée.

²⁷ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.6, Moniteur belge, 14 mai 2009.

Un service qui propose des soins à domicile complémentaires, se charge de :

- l'aide au nettoyage ;
- la garde professionnelle ;
- l'aide aux petits travaux.

L'article 2 et l'article 14 de l'Arrêté du 27 mars 2009 du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 18 juillet 2008 relatif à la délivrance d'aide et de soins à domicile stipulent qu'un aide-soignant peut effectuer plusieurs tâches spécifiques en rapport avec les soins personnels, le soutien psychosocial et l'aide ménagère :

1. Activités en rapport avec les soins corporels :

- soins corporels quotidiens et soins de confort
- soins d'hygiène : toilette quotidienne, toilette hebdomadaire, toilette intime, bain, soins des cheveux, soins des pieds et des ongles, hygiène buccale et nettoyage des dents ou d'une prothèse dentaire, soins d'un appareil auditif, des lentilles ou des lunettes, rasage, maquillage, bain des bébés et les soins de l'ombilic ;
- aide à la locomotion et aux déplacements, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ;
- aide relative au repos et au sommeil : installer et faire le lit, installer le demandeur d'aide dans son lit ou son fauteuil, assurer une bonne tenue ;
- aide au déshabillage, y compris le choix de vêtements appropriés ;
- aide pour boire et manger ;
- aide pour aller aux toilettes : accompagner le demandeur d'aide lorsqu'il se rend aux toilettes, utiliser l'urinal et le bassin de lit, aider en cas d'incontinence ;
- aide à la prise de médicaments qui sont en vente sans prescription médicale ;
- aide à la sécurité physique de l'utilisateur ;
- dispenser des soins de confort : des mesures, actes et techniques qui facilitent les soins aux personnes qui nécessitent beaucoup de soins, afin qu'ils souffrent moins.

2. Aide spécifique aux personnes nécessitant des soins

- aide aux mouvements passifs ou actifs ;
- aide à la pose de bandages ou de bas de contention (à l'exception de la compression par des bandes) ;
- pose d'une prothèse ;
- remplacement d'une poche de recueil en cas de colostomie guérie ;
- aide lors d'un traitement par la chaleur ou par le froid ;
- aide lors de l'usage d'aides adaptées et de matériel de soins (y compris la constatation des besoins en aide).

3. Exécution des arrangements relatifs aux soins

- observation et rapportage selon arrangement sur la température, le pouls et la tension, la miction et les selles, les symptômes lors de dysfonctions et d'effets secondaires lors de traitements ;
- aide à la prise de médicaments sur prescription médicale, veiller à la prise des médicaments, encourager l'observance thérapeutique et soutenir la ponctualité, aide aux soins d'irritations cutanées.

4. Effectuer les premiers secours

5. Soins en vue du bon fonctionnement du corps

- fournir des conseils pour un mode de vie sain et de bons soins corporels : alimentation saine et adaptée, prévention des chutes et conseils pour un bon sommeil ;
- aide en cas d'allaitement ;
- éviter des contaminations : appliquer des mesures de protection contre les infections, tant à soi-même qu'au demandeur de soins, et nettoyer et désinfecter le matériel ;
- éviter des problèmes d'immobilité : contribuer à la prévention des escarres, à la prévention des raidissements et déformations, et à l'amélioration de la respiration et de la circulation sanguine ;
- suivre et respecter les arrangements sur la sécurité et la surveillance des demandeurs de soins (entre autres les personnes agitées et mourantes).

Activités en rapport avec le soutien psychosocial, pédagogique ou agogique :

1. accorder de l'attention et assurer la présence ;
2. observer et comprendre les problèmes psychosociaux et émotionnels et apporter de l'aide pour les gérer ;
3. soutien lors
 - des contacts sociaux ;
 - des activités de détente ;
 - de l'administration et du budget familial ;
 - des problèmes de mobilité ;
 - de la revalidation et de l'observance thérapeutique.
4. les soins spéciaux et le soutien des groupes cibles spécifiques
 - les personnes défavorisées ;
 - les malades mentaux ;
 - les jeunes familles avant et après la naissance d'un enfant ;
 - les personnes démentes ;
 - les malades en phase terminale.
5. les soins (péd)agogiques pour les enfants

- s'occuper d'un bébé ;
- aide à l'éducation ;
- aider les enfants lors du jeu et des devoirs ;
- surveiller les enfants.

6. les actions préventives au niveau primaire et secondaire

- soutenir les aptitudes sociales ;
- soutenir la capacité de résistance des demandeurs d'aide et des aidants proches, soutenir et signaler les problèmes et encourager l'autonomie ;
- soutenir et signaler les situations de crise, et assister le demandeur de soins et son entourage dans les moments difficiles ;
- prévenir et signaler la maltraitance ou la négligence ;
- signaler un comportement suicidaire.

Activités en rapport avec l'aide ménagère :

- l'organisation du ménage ;
- assurer les repas : préparer les repas (y compris les ordonnances diététiques et les repas pour bébés), mettre des aliments en conserve pour une consommation familiale, servir, débarrasser et faire la vaisselle ;
- soins des vêtements et du linge : laver, repasser et raccommoder ;
- soins des locaux d'habitation : entretenir les locaux d'habitation en respectant les consignes d'hygiène, faire les lits et changer les draps, soigner les plantes et les animaux domestiques
- faire les courses ménagères ;
- assurer la sécurité et l'hygiène dans la maison.

COCOM

Les services d'aide à domicile sont des services qui fournissent à domicile un accompagnement et une assistance lors de l'exécution des activités de la vie quotidienne en mettant des aides familiales, seniors ou ménagères à la disposition des personnes isolées, âgées, handicapées ou malades ou des familles qui connaissent des difficultés, afin de favoriser leur maintien ou leur retour chez elles et de leur garantir un plus grande autonomie²⁸.

Selon l'Arrêté du 25 octobre 2007 relative à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, une aide familiale ou senior est un membre du personnel qualifié qui, en collaboration avec les travailleurs médico-sociaux qui entourent l'utilisateur, aide l'utilisateur à effectuer les activités de la vie quotidienne. Avant la prestation du service, une enquête sociale est menée par un travailleur social²⁹. La COCOM applique par ailleurs des critères relativement spécifiques pour pouvoir bénéficier de l'aide à domicile subventionnée. L'aide est proposée :

²⁸ COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes, art.3 §1, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

²⁹ COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes, art.3 §1, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

- aux familles qui se retrouvent dans l'une des situations suivantes :
 - en cas de maladie, d'accouchement, de décès ou d'absence de longue durée de la mère, du père ou de la personne qui a la charge des enfants ;
 - lorsque la mère, le père ou la personne qui a à sa charge un enfant gravement malade ou au moins trois enfants, est surchargé ;
 - dans une famille monoparentale, en cas de maladie d'un enfant, dont la mère, le père ou la personne qui a la charge de l'enfant, exerce une activité professionnelle ; où par journée de prestation le contact entre cette personne et l'aidant dure au moins un quart d'heure.
- à certaines personnes âgées ou personnes qui vivent avec une personne âgée dans les cas suivants :
 - a. une personne âgée isolée ;
 - b. un couple âgé, en cas de perte de l'autonomie physique ou psychique de l'un ou l'autre époux ;
 - c. une personne surchargée en raison de la présence d'une personne âgée ayant une autonomie physique ou psychique réduite.
- aux personnes ayant à leur charge une personne lourdement handicapée ou une personne isolée lourdement handicapée ;
- aux personnes âgées ou handicapées vivant dans une maison multifamiliale – à l'exclusion des maisons de repos, des centres de jour pour personnes âgées et des centres d'hébergement pour personnes adultes handicapées – qui ne bénéficient d'aucune structure d'aide officielle ;
- aux personnes qui, en raison d'une maladie, d'un accident, de leur santé mentale ou de leur situation sociale, ne peuvent pas assurer elles-mêmes leurs soins personnels ni les tâches de la vie quotidienne, pour autant que cette aide est dans le droit fil d'un accompagnement thérapeutique et/ou social³⁰.

L'Annexe 2 de l'Arrêté du 25 octobre 2007 relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile décrit la fonction et les tâches qu'une aide familiale doit exécuter :

1. aide à la vie quotidienne

- accompagnement des enfants, des personnes malades ou handicapées ;
- aide aux déplacements ;
- courses ;
- à titre complémentaire, entretien courant des pièces habitées et du linge ;
- préparation des repas.

2. rôle sanitaire

- tâches liées à l'hygiène, au confort et à la sécurité de la personne

3. rôle éducatif

- conseil d'hygiène de vie ;

³⁰ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art.23, Moniteur belge, 1er février 2008.

- adaptation du logement ;
- soutien des familles dans leur rôle éducatif ;
- évaluation et stimulation des potentialités afin que la personne reste acteur de son vécu quotidien.

4. aide relationnelle

- écoute ;
- identification des difficultés ;
- soutien en vue du maintien de l'autonomie ;
- soutien des familles dans leur rôle éducatif ;
- accompagnement dans le cadre des soins palliatifs.

5. aide sociale

- accompagnement lors des tâches administratives et dans l'organisation du budget ;
- appel et orientation vers des services ou organismes spécialisés en collaboration avec l'assistance sociale.

COCOF

L'article 27 du *Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé* décrit un service d'aide à domicile comme un service ambulatoire qui favorise le maintien et le retour à domicile et qui assure, aussi longtemps que nécessaire, l'accompagnement et l'aide aux actes de la vie journalière des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté.

Le service d'aide à domicile exerce les missions suivantes :

- permettre aux bénéficiaires de mieux vivre à domicile, d'acquérir et de préserver leur autonomie, avec le soutien d'aides familiaux, seniors et ménagers, en concertation avec l'environnement familial et de proximité et les autres intervenants professionnels s'il échoit ;
- accorder l'aide par priorité à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont le plus démunis sur le plan financier, de la santé physique ou psychique ainsi que sur le plan social³¹.

La Commission Communautaire Française met à la disposition des personnes âgées, isolées, malades ou handicapées un assortiment total de soins à domicile, de services sociaux, paramédicaux ou matériels. Ces services peuvent être de nature temporaire ou périodique ou peuvent être sollicités à long terme et sont destinés à encourager l'autonomie des personnes qui ne sont plus en mesure d'effectuer de manière autonome les tâches élémentaires de la vie quotidienne. L'aide demandée couvre 4 domaines, à savoir les soins personnels, l'aide ménagère, l'aide psychosociale générale et l'aide pédagogique et socio-éducative générale. L'aide familial ou

³¹ COCOF (2009). *Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé*, Moniteur belge, art.28, 8 mai 2009.

sénior est décrit comme un professionnel à caractère polyvalent qui assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne (par ex. faire les courses, remplir des formalités administratives, préparer les repas, etc.). Le professionnel prévient des dangers qui menacent le bénéficiaire ou son entourage. Il mène une action de concertation avec le bénéficiaire et ses collègues et collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire³².

L'Annexe 1 de l'Arrêté 2009/520 du 14 mai 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française fixant le barème des bénéficiaires et le statut des aides familiaux, seniors et ménagers dans les services d'aide à domicile, décrit les tâches que les aides familiaux et seniors peuvent effectuer :

1. les soins personnels

- assistance dans les activités de la vie journalière : aide à la locomotion et aux déplacements, assistance dans l'habillage et le déshabillage, soins hygiéniques (toilette quotidienne, toilette intime, bain), soins hygiéniques particuliers (soins des cheveux, soins des ongles, nettoyage des dents/du dentier, hygiène buccale, rasage, maquillage) ;
- entretien hygiénique et disposition de la chambre à coucher et du lit ;
- soins limités et élémentaires (soigner les irritations de la peau), préparation des médicaments à domicile (si la personne âgée dispose d'une prescription médicale) ;
- tâches hygiéniques (nettoyage et désinfection du matériel utilisé) ;
- aider à manger et à boire ;
- aider à aller aux toilettes ;
- assistance dans la mise et l'enlèvement des prothèses, bas à varices, bouillottes ou vessies à glace ;
- assurer le confort du bénéficiaire ;
- assurer sa sécurité physique ;
- premiers secours ;
- éducation générale à la santé ;
- si nécessaire, mise en place d'une concertation et d'une collaboration intense avec les autres prestataires.

2. aide et services ménagers

- les courses ;
- la préparation et la distribution des repas ;
- la lessive et le repassage ;
- le raccommodage ;
- l'entretien courant des pièces occupées du logement ;
- l'aide aux déplacements à l'extérieur et l'intérieur.

³² COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, Moniteur belge, art.28, 8 mai 2009.

3. aide psychosociale générale

- lors de l'accomplissement des tâches, il convient de toujours être axé sur la personne, son milieu, sa vie intérieure, son passé, ses antécédents, sa situation actuelle, ses préoccupations et ses problèmes ;
- l'aide est sensibilisé et formé à : une écoute attentive ;
- une observation et une compréhension des problèmes psychosociaux (processus de deuil, solitude, dépression, stress, problèmes pédagogiques),
- une identification des difficultés, un soutien par la présence, le dialogue et le maintien de l'autonomie,
- un accompagnement lors des démarches administratives,
- l'orientation vers des services et organismes spécialisés, un accompagnement dans le cadre des soins palliatifs.

4. soutien pédagogique et socio-éducatif général

- soins apportés aux enfants et à leur éducation ;
- conseils d'hygiène de vie ;
- problèmes de mobilité, réadaptation fonctionnelle, adhésion au traitement
- évaluation et stimulation des potentialités afin que la personne reste acteur de son vécu quotidien.

2.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Le calcul des chiffres de la programmation se base sur les projections de la population pour l'année suivant celle à laquelle se rapporte la programmation. Les chiffres de la programmation pour les heures d'aide aux familles sont fixés par province et par commune sur la base de l'âge des habitants. La zone bilingue de Bruxelles-Capitale constitue une exception à cet égard. Les chiffres de la programmation ne sont pas divisés par commune. Une seule programmation est d'application pour toute la région.

La programmation est déterminée comme suit :

2. par habitant du groupe d'âge jusqu'à 59 ans : 0,62 heure par an ;
3. par habitant du groupe d'âge de 60 à 64 ans : 1,68 heure par an ;
4. par habitant du groupe d'âge de 65 à 74 ans : 4,58 heures par an ;
5. par habitant du groupe d'âge de 75 à 84 ans : 17,5 heures par an ;

6. par habitant du groupe d'âge à partir de 85 ans : 40 heures par an³³.

La programmation pour l'aide aux familles a été augmentée en raison de la demande croissante de soins postnataux³⁴. En 2009, le chiffre de la programmation pour Bruxelles-Capitale se montait encore à 842.483 heures, en 2010 il est passé à 884.494 heures. En 2011, il s'élevait à 891.196 heures, et pour 2012 on en est déjà à 896.617 heures. Le nombre total d'heures programmées pour la Flandre se montait par contre à 19.929.675 en 2011.

Tableau 2.1 Évolution du chiffre de la programmation de la Communauté flamande pour Bruxelles-Capitale

	2008	2009	2010	2011	2012
Chiffres de la programmation	837.850	842.483	884.494	891.196	896.617

Chaque année, le Gouvernement flamand fixe le nombre total d'heures subventionnables pour les soins à domicile. Ensuite, le ministre du Bien-être attribue à chaque service agréé d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires un contingent d'heures pour l'aide aux familles. Les heures de contingent sont le nombre maximal d'heures pour l'aide aux familles qui entre en considération pour le subventionnement par la Communauté flamande. Le contingent d'heures supplémentaire annuel est attribué en considération de la disponibilité proportionnelle des heures en rapport avec les besoins constatés par ville régionale. Pour l'année 2010, le nombre total d'heures subventionnables a été fixé à 16.346.530 heures³⁵ et pour 2011 ce nombre est passé à 16.638.242 heures³⁶. Le nombre supplémentaire annuel d'heures à subventionner pour l'aide aux familles se monte à minimum 4 % du nombre total d'heures subventionnables de l'année précédente. Chaque année, maximum 10 % des heures supplémentaires à subventionner pour l'aide aux familles peuvent être attribuées à de nouvelles initiatives agréées³⁷. La répartition du contingent supplémentaire entre les différents services d'aide aux familles se fait en concertation avec l'Association des Services d'aide aux familles de la Communauté flamande. Cette répartition se base sur le taux de réalisation effectif des heures déjà attribuées, de la dispersion géographique et du contenu de la programmation pour l'aide aux familles et les soins résidentiels.

En 2007, des services privés se sont vu attribuer pour la première fois des heures complémentaires pour l'aide aux familles jusqu'au niveau des villes régionales. Les services ont été priés de consacrer au maximum les heures supplémentaires dans la ville régionale pour

³³ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

³⁴ Information provenant de l'Agence flamande Soins et Santé sur www.zorg-en-gezondheid.be/wijzigingen_gezinszorg_en_aanvullende_thuiszorg.aspx#Programmatie

³⁵ Information provenant de l'Agence flamande Soins et Santé sur <http://www.zorg-en-gezondheid.be/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=24858>

³⁶ Information provenant de l'Agence flamande Soins et Santé sur <http://www.zorg-en-gezondheid.be/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=28844>

³⁷ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.8 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

laquelle ces heures supplémentaires ont été attribuées. Quelques services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires se sont vu attribuer en 2008 un contingent supplémentaire au niveau de la ville régionale pour Bruxelles. Seuls les services pouvant prouver qu'ils ont fourni l'année précédente, ou les 2 dernières années, des prestations suffisantes, entrent en considération pour une extension à Bruxelles. Les heures que ces services se voient attribuer, s'ajoutent à l'extension qu'ils reçoivent (peuvent recevoir) pour la Flandre³⁸.

Les services agréés peuvent recevoir des subventions pour l'aide aux familles ainsi que pour les soins à domicile complémentaires. Pour les deux subventions, différentes conditions sont toutefois d'application. L'enveloppe de subvention pour l'aide aux familles se compose de différentes subventions et majorations. La Communauté flamande distribue pour l'aide aux familles des subventions pour les heures prestées et les heures de formation continue du personnel soignant, du personnel d'encadrement, du personnel dirigeant et les frais d'administration et de coordination.

L'aide aux familles est subventionnée comme suit :

- un montant forfaitaire de 24,7922 EUR par heure prestée et par heure de formation continue, comme subventionnement du personnel soignant et en vue de stimuler les compétences du personnel soignant ;
- un montant forfaitaire de 35.895 EUR par an et par multiple de 130 usagers ayant bénéficié d'une aide, comme subventionnement du personnel d'encadrement ;
- un montant forfaitaire de 19.631 EUR par an et par 75 ETP de personnel soignant, comme subventionnement du personnel dirigeant ;
- un montant forfaitaire de 26.750 EUR par an et par multiple de 200 usagers ayant bénéficié d'une aide, comme subventionnement des frais d'administration et de coordination³⁹.

Le montant forfaitaire pour le personnel soignant est augmenté en cas de prestations irrégulières exécutées la semaine entre 20h et 7h, et les samedis, dimanches et jours fériés⁴⁰. De même, différentes majorations complémentaires sont disponibles pour l'aide aux familles, notamment pour le transport, les déplacements écocitoyens et la réduction de la pression du travail. Les budgets pour ces mesures sont répartis proportionnellement chaque année entre les services agréés d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires. Les montants des subventions sont associés à l'indice des prix.

Pour Bruxelles-Capitale, la VGC prévoit un crédit de subvention de 80.000 EUR, à partager entre les services d'aide aux familles et de soins à domiciles complémentaires agréés par la Communauté flamande, au prorata du nombre d'heures prestées l'année précédente. Un crédit de subvention de 7.500 EUR est réservé chaque année à l'organisation d'actions communes par

³⁸ Information issue de l'Agence flamande Soins et Santé.

³⁹ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.10 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

⁴⁰ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.10 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

tous les services d'aide aux familles, et ce afin de promouvoir l'offre des services d'aide aux familles dans la Région de Bruxelles-Capitale⁴¹.

Les activités d'un service existant d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires, par exemple un service agréé d'aide aux familles ou un initiateur qui a conclu un partenariat avec un service agréé d'aide aux familles, relèvent dorénavant des activités d'un service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires. Ce qui est nouveau dans le *Décret sur les soins et le logement*, c'est l'introduction d'une programmation pour les soins à domicile complémentaires. A l'instar de la réglementation pour l'aide aux familles, le Gouvernement flamand déterminera chaque année le nombre maximal d'heures subventionnables pour les soins à domicile complémentaires. La programmation totale pour les soins à domicile complémentaires a été fixée à 3.866.129,26 heures. Les heures sont réparties entre le personnel logistique et les travailleurs des groupes cible, à savoir 2.331,07 ETP de personnel logistique et 227,64 ETP de travailleurs des groupes cible⁴². Les travailleurs des groupes cibles sont des chômeurs de longue durée peu qualifiés, des personnes bénéficiant du revenu d'intégration et des personnes bénéficiant d'une aide sociale financière qui ont conclu, via une insertion dans l'économie sociale de services, un accord de collaboration avec les services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires de l'époque. Le ministre compétent attribue chaque année, par service agréé d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, le nombre maximum d'heures subventionnables de soins à domicile complémentaires. Le ministre détermine également annuellement pour chaque service agréé le nombre d'ETP de personnel logistique, le nombre d'ETP de travailleurs des groupes cibles et le nombre d'ETP du personnel ACS dans les différentes catégories de fonction. Jusqu'en 2009, les subventions et majorations ont été payées aux services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires, mais cela a changé à partir de 2010 et les montants ont alors été payés aux services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires ainsi qu'aux services d'aide logistique. La subvention annuelle pour les soins à domicile complémentaires se compose d'une enveloppe qui est le résultat d'une formule calculée sur la base du nombre de personnel logistique, administratif, d'encadrement et dirigeant et des montants de subvention suivants⁴³:

- personnel logistique : 27.589,61 EUR ;
- personnel administratif : 41.492,50 EUR ;
- personnel d'encadrement : 51.960,60 EUR ;
- personnel dirigeant : 61.873,38 EUR.

Les services agréés d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires perçoivent, par ETP embauché de personnel ACS et par ETP de travailleur de groupe cible attribué, un

⁴¹ VGC (2006). Arrêté n° 06/444 du 23 novembre 2006 du Collège de la COCON portant approbation du règlement afférent aux subventions pour les services d'aide aux familles, art.3.

⁴² Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.3 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

⁴³ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.25 § 1, 2 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

supplément sur l'enveloppe de subvention. Pour l'encadrement, des majorations supplémentaires sont prévues pour les services pour lesquels 10 ETP ou plus de travailleurs des groupes cibles sont attribués⁴⁴.

Les services auxquels 10 ETP de travailleurs des groupes cibles ont été attribués, perçoivent un supplément pour l'encadrement à hauteur de 9.353,87 EUR. S'il y a plus de 10 ETP de travailleurs de groupes cibles attribués, le service agréé d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires reçoit une majoration supplémentaire de 935,38 EUR pour chaque ETP en sus de ces 10 premiers ETP.

Il y a en outre encore des suppléments pour les mesures d'extension de l'aide à la gestion, la formation permanente, les congés supplémentaires et les jours de carence (980,83 EUR par ETP de personnel logistique et par ETP de travailleur de groupe cible). Est également prévu un supplément pour l'augmentation des primes de fin d'année et l'aide à la gestion (1.173,21 EUR par ETP de personnel logistique, à l'exception du personnel ACS, et par ETP de travailleur de groupe cible)⁴⁵. Ces montants de subvention sont indexés dans les limites des crédits budgétaires disponibles. Pour les subventions par ASC-ETP, voir le tableau 2.2. Chaque année, les budgets pour un supplément pour le transport (624.346,66 EUR) et un supplément pour la réduction de la pression du travail sont répartis entre les services agréés⁴⁶. Le budget pour la réduction de la pression du travail (1.916.555,84 EUR) est uniquement réparti entre les services privés d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires et les services privés d'aide logistique.

⁴⁴ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.25 § 1, 2 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

⁴⁵ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.25 § 1, 2 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

⁴⁶ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.25 § 1, 2 de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Montants indexés corrects pour 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

Tableau 2.2 Subventions par travailleur de groupe cible et ETP ACS attribué ⁴⁷

	Supplément par ASC-ETP	Supplément par ETP travailleur des groupes cibles attribué
Personnel administrative	11.486,93 euro	1.825,68 euro
Personnel logistique	6231,40 euro	0
Travailleur des groupes cibles	0	8.105,83 euro
Personnel d'encadrement	14.318,09 euro	2.961,75 euro
Personnel dirigeant	13.043,72 euro	618,72 euro

COCOM

Les Ministres déterminent par service agréé un nombre maximum d'heures de prestation admises à la subvention pour les aides familiaux et seniors ainsi que pour les aides ménagers. Ces contingents se calculent sur la base du nombre d'heures prestées par service au cours de l'année précédente, multiplié par un coefficient fixé par les Ministres⁴⁸. L'article 1 de l'*Arrêté ministériel du 20 décembre 2007 déterminant les contingents pour l'année 2008 pour les aides familiaux ou seniors et les aides ménagers des services d'aide à domicile* détermine le nombre d'heures de prestation subventionnables par service agréé. Il est question au total de 265.400 heures de prestation subventionnables attribuées à 17 services agréés d'aide à domicile.

Les allocations des services d'aide à domicile ont été regroupées dans une seule enveloppe budgétaire, permettant ainsi chaque année la répartition des heures prévues par les contingents de l'année précédente qui n'ont pas été utilisées par un service au prorata des heures respectivement prestées par les services en plus de leurs contingents⁴⁹.

Une partie des coûts suivants est subventionnée dans les limites des crédits budgétaires du Collège réuni :

- les frais réels du personnel admis à la subvention par le Collège réuni ;
- les frais pour la formation permanente du personnel admis à la subvention ;
- les frais de fonctionnement et d'équipement du centre ou du service.

Les Ministres déterminent le forfait par heure prestée par les aides familiaux, seniors ou ménagers. Ce montant forfaitaire couvre les frais des prestations, les assistants sociaux, le coordinateur, les frais de fonctionnement, les frais d'administration et de direction. Pour l'année

⁴⁷ Information provenant de l'Agence flamande Soins & Santé.

⁴⁸ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art. 41 §1, Moniteur belge, 1er février 2008.

⁴⁹ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art. 41 §1, Moniteur belge, 1er février 2008.

2011, l'indemnité forfaitaire par heure pour les aides familiaux ou séniors a été fixée à 25 EUR pour l'aide familiale ou sénior et à 18 EUR pour l'aide ménagère⁵⁰.

⁵⁰ COCOM (2011). Arrêté ministériel du 30 août 2011 déterminant le forfait horaire subventionné en 2011 pour les aides familiaux ou séniors et les aides ménagers des services d'aide à domicile.

Tableau 2.3 Contingent d'heures subventionnable attribué services d'aide à domicile COCOM 2011⁵¹

Service	Contingent d'heures attribué
Commune Uccle	12.400
CPAS Anderlecht	15.000
CPAS Bruxelles	20.500
CPAS Ixelles	24.300
CPAS Etterbeek	10.500
CPAS Evere	12.500
CPAS Jette	10.000
CPAS Auderghem	5.000
CPAS Berchem-Ste-Agathe	9.200
CPAS St-Gilles	3.800
CPAS Molenbeek-St-Jean	19.500
CPAS Woluwe-St-Lambert	4.500
CPAS Uccle	7.300
CPAS Forest	15.700
ASBL Service d'aide aux familles bruxelloises	41.900
ASBL Aides familiales et Seniors de Ganshoren	20.200
ASBL Wolu-Sociaal	33.100
Total	265.400

COCOF

Le Collège de la Commission Communautaire Française fixe au moins tous les 5 ans et par service le nombre maximum de services ambulatoires agréés, ainsi que le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer⁵². Le Collège de la Commission Communautaire Française établit une programmation en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socio-économique⁵³.

Chaque année, le Collège fixe par service d'aide à domicile agréé un nombre maximum d'heures de prestations qui entrent en considération pour une subvention. Le nombre d'heures subventionnables n'est toutefois pas établi sur la base d'une programmation reposant sur des chiffres démographiques.

Ce contingent se calcule sur la base du nombre d'heures subventionnées dans chaque service agréé au 31 décembre de l'année précédente, multiplié par un coefficient fixé par le Collège.

⁵¹ Information provenant de la Commission Communautaire Commune.

⁵² COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.3, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

⁵³ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.32, Moniteur belge, 8 mai 2009.

Depuis 2005, le nombre global d'heures subventionnables n'a plus été ajusté et est coincé à 864.567 heures. Le calcul se fait sur la base du nombre d'ETP d'aides familiaux pour tous les services agréés en 1997, multiplié par 1.512 heures. Les heures prévues par le contingent de l'année précédente qui n'ont pas été utilisées peuvent être réparties, par arrêté du Collège, entre les différents services agréés⁵⁴. Les 7 services agréés viennent en aide chaque année à 7.500 usagers bruxellois, dont 80% sont des personnes âgées.

Les subventions de la Commission Communautaire Française sont octroyées sur la base des éléments suivants :

- le nombre d'heures prestées par les aides ;
- le nombre de prestations effectuées par les aides ;
- le nombre de prestations effectuées à domicile le samedi, le dimanche, les jours fériés et entre 18h et 7h ;
- la contribution du bénéficiaire⁵⁵.

Plusieurs montants forfaitaires sont prévus tant pour les activités des aides familiaux et seniors que pour celles des aides ménagers⁵⁶:

- intervention dans les charges salariales des aides familiaux et seniors par heure prestée ;
- intervention dans les charges salariales des aides ménagers par heure prestée ;
- intervention dans les charges salariales du personnel administratif par heure prestée ;
- intervention dans les charges salariales du responsable de service et des responsables d'équipe par prestation.

Il est en outre prévu pour les activités des aides familiaux et seniors un montant forfaitaire pour un ETP à titre d'intervention dans les charges salariales pour le personnel de direction lorsque le service compte plus de 100 ETP. Les subventions accordées pour les heures prestées par les aides familiaux, seniors et ménagers les samedis, dimanches, jours fériés légaux ou le matin avant 7h et le soir après 18h sont majorées d'un supplément horaire. Un montant forfaitaire complémentaire par prestation des aides familiaux et seniors est octroyé dans les charges salariales du responsable de service et des responsables d'équipe pour les prestations pendant le week-end, les jours fériés légaux et pour chaque prestation avant 7h le matin et le soir après 18h. La durée du déplacement est également prise en considération dans le calcul des subventions. Ci-dessous se trouvent les montants forfaitaires depuis 2005 tels qu'ils sont déterminés à l'annexe 1 NM-section a de l'Arrêté 2001/549 du 18 octobre 2001 de la Commission Communautaire Française relative à l'application du décret de la Commission Communautaire Française du 12 juillet 2001 modifiant diverses législations relatives aux subventions accordées

⁵⁴ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.32, Moniteur belge, 8 mai 2009.

⁵⁵ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.133, Moniteur belge, 8 mai 2009.

⁵⁶ COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.73, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes et relatif à la modification de divers arrêtés d'application concernant les secteurs de l'aide aux personnes, de la santé, des personnes handicapées et de l'insertion socioprofessionnelle. Les montants forfaitaires sont soumis à l'indexation, le forfait horaire actuel pour les aides familiaux étant fixé à 26,90 EUR.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les aides familiaux travaillent sous le régime ouvrier pendant leurs 2 premières années de service dans un service d'aide à domicile agréé par la Commission Communautaire Française et sous le régime employé dès le début de leur troisième année de service⁵⁷.

Tableau 2.4 Contingent d'heures attribué services d'aide à domicile COCOF 2011⁵⁸

Service	Contingent d'heures attribué
Centre de Services et de Soins à Domicile	293.640
Centre Familial de Bruxelles	250.896
Aide Familiale Région Bruxelloise	181.582
Aide aux Familles de Schaerbeek	66.385
Vivre Chez Soi	32.740
Maison de la Famille St-Josse	20.775
Aide Sociale aux Familles et aux Personnes Âgées de Koekelberg	18.549
Total	864.567

2.3 Contribution de l'utilisateur

Communauté flamande

La manière dont les services d'aide aux familles doivent calculer la contribution de l'utilisateur est déterminée à l'annexe 2 de l'Arrêté ministériel du 26 juillet 2001 portant fixation du système de contribution pour l'utilisateur du service d'aide aux familles. Ce système sera toutefois modifié dans un avenir proche⁵⁹. L'utilisateur paie une contribution qui correspond à ses moyens, à ses charges et à sa dépendance. La contribution est fixée à l'aide de 5 paramètres :

- les moyens et les charges de l'utilisateur ;
- la composition du ménage à laquelle un code est attribué ;
- le score BEL de l'utilisateur ;

⁵⁷ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.60 §1 et §2, Moniteur belge, 8 mai 2009.

⁵⁸ Information provenant du Service des Affaires sociales de la COCOF.

⁵⁹ On travaille à l'heure actuelle à de nouveaux paramètres pour le calcul de la contribution de l'utilisateur.

- la durée de l'aide et de l'assistance ;
- l'intensité de l'aide et de l'assistance.

La contribution de l'utilisateur est calculée sur la base de différents éléments se rapportant à la situation familiale. Lors de la fixation de la contribution de l'utilisateur, il convient de tenir compte de tous les revenus de la personne pour laquelle l'aide aux familles est demandée. De même, tous les revenus des autres personnes qui vivent dans le même logement, et qui relèvent de cette même génération, doivent être pris en considération. Il est notamment question des formes suivantes de revenus : revenus professionnels, revenus mobiliers, revenus issus de biens immobiliers, allocations sociales et autres revenus (par ex. indemnisation en cas d'accident).

On calcule pour tous les revenus à combien s'élève la moyenne mensuelle. On ne peut pas tenir compte des revenus comme les allocations familiales, les bourses d'études, les allocations pour les enfants adoptifs, les allocations pour les soins de proximité. Pour déterminer la contribution, certaines charges peuvent être déduites du revenu (par ex. les frais médicaux et pharmaceutiques exceptionnels qui ont été imputés au budget familial pendant la période où l'aide aux familles a été accordée).

Un code de base est attribué sur la base de la situation familiale réelle au moment de la demande. Un service d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires peut augmenter la contribution de 5 % pour chaque usager qui habite dans une région où un travail de quartier est organisé. Le travail de quartier est la concertation régulière d'un groupe d'aides-soignants, qui se chargent d'offrir une assistance et une aide dans une zone en particulier.

Le service d'aide aux familles peut décider d'appliquer certaines différences fondées à la contribution de base. Plusieurs réductions sont obligatoires comme dans le cas d'un score de profil BEL de 35 ou plus, en cas d'aide de longue durée (> 1 an) et si ≥ 60 heures d'assistance sont octroyées par mois.

Depuis 2013, la Communauté flamande applique un nouveau modèle de calcul de la contribution de l'utilisateur. L'objectif est que tout usager, quel que soit le service auquel il fait appel, paie la même contribution. La nouvelle contribution pour l'aide aux familles et les soins à domicile complémentaires est calculée sur le revenu imposable cumulé de tous les membres du ménage de la génération de l'utilisateur, en tenant compte d'un abattement de 3000 EUR par enfant à charge et à un abattement supplémentaire de 3000 EUR si l'enfant est atteint d'un handicap grave. Ce revenu est reporté sur une échelle linéaire dont la limite inférieure s'élève à 10.500 EUR et la limite supérieure à 35.000 EUR. La contribution minimale par heure de soins de santé s'élèvera à 3,20 EUR, la contribution maximale à 13,00 EUR.

Ces mêmes tarifs s'appliquent aux gardes-malades professionnels. Pour l'aide ménagère, la contribution de l'utilisateur est égale à celle de l'aide aux familles augmentée de 50 %, avec un plafond limité à 13,00 EUR. Pour un service de petits travaux, la contribution de l'utilisateur représente 2,5 fois le prix d'une heure d'aide aux familles, avec un maximum de 26,00 EUR/heure.

La contribution de l'utilisateur est liée à l'introduction du système du maximum à facturer (MAF), qui est liée à la mutuelle. À partir d'un certain plafond, les affiliés ne devront plus payer les heures supplémentaires de soins à domicile. Les personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance santé flamande (Vlaamse zorgverzekering) n'entreront toutefois pas en considération pour cette facture maximum.

COCOM

La contribution de l'utilisateur est proportionnelle à la composition et aux revenus du ménage de l'utilisateur et est soumise à des indexations annuelles⁶⁰. A l'heure actuelle, la COCOM travaille à une méthode en vue du recalcul de la contribution de l'utilisateur. On tiendra compte aussi à l'avenir du loyer.

Pour déterminer la contribution de l'utilisateur, l'on tient compte actuellement de ce qui suit :

1. l'impôt des personnes physiques
 - la personne isolée ou les adultes habitant sous le même toit ;
 - un tiers du revenu des membres de la famille ou des personnes qui font partie du ménage.
2. les avantages sociaux comme l'allocation d'invalidité, le revenu d'intégration, la pension, l'indemnité de chômage et les indemnités des assurances...

Les frais déductibles sont :

1. les frais médicaux et pharmaceutiques, les aides spécifiques pour les personnes souffrant d'une limitation physique et qui ne sont pas remboursées par la mutuelle ;
2. certains frais qui sont pris en considération par les services sociaux dans des cas exceptionnels.

COCOF

La contribution horaire de l'utilisateur est fixée conformément au barème en vigueur. Pour cela, on tient compte de la composition du ménage et des revenus du ménage, c.-à-d. tous les revenus nets imposables mensuels de chaque personne faisant partie du ménage. Un code est attribué au bénéficiaire selon le nombre de personnes composant le ménage. Le code est augmenté d'une unité pour chaque personne à charge et pour chaque personne vivant sous le même toit et ayant une vie commune mais qui ne possède pas de ressources propres. Le revenu du ménage qui entre en considération se compose de tous les revenus nets imposables de chaque personne composant le ménage. Les revenus suivants ne sont pris en considération qu'à concurrence de

⁶⁰ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art.40, Moniteur belge, 1er février 2008.

60 % de leur montant : les rentes viagères résultant d'une vente immobilière et les loyers des immeubles et terrains.

Si la personne qui demande de l'aide vit au domicile d'un ou de plusieurs de ses enfants, tous les revenus de la personne âgée et 1/3 des revenus des autres personnes composant le ménage sont pris en considération. Le même principe vaut pour une personne handicapée âgée de plus de 25 ans bénéficiant d'allocations spéciales ou ordinaires et vivant au domicile de ses parents ou de l'un d'eux.

Pour une aide fournie à un ou des parents vivant chez un ou plusieurs de leurs enfants qui ont des ressources propres, la totalité des revenus du ou des parents et 1/3 des revenus des autres personnes sont pris en considération.

Pour une aide individuelle apportée à une personne ou un couple vivant dans une maison communautaire ou un habitat accompagné agréé, seuls les revenus de la personne ou du couple sont pris en considération.

Pour une aide apportée à l'ensemble des personnes vivant dans une maison communautaire ou un habitat accompagné agréé, la moyenne des revenus des habitants de ce logement est prise en considération.

Les charges supportées par la ou les personnes dont on a pris les revenus en considération, qui sont déduites, sont les suivantes :

- l'impôt des personnes physiques ;
- les cotisations de sécurité sociale des indépendants ;
- les pensions alimentaires payées au prorata de ce qui n'a pas été déduit pour le calcul du revenu net imposable ;
- les frais relatifs à l'état de santé ou au handicap.

Les charges suivantes sont déduites de l'ensemble des revenus : 50 % du loyer et des charges locatives, 50 % du remboursement de l'emprunt hypothécaire⁶¹.

2.4 Offre et contenu

L'âge semble être un facteur décisif pour faire appel à l'aide aux familles. Le degré de dépendance augmente avec l'âge. A Bruxelles, la majeure partie des usagers sont dans la catégorie d'âge allant de 60 à 84 ans. Mais 15 % des plus de 85 ans font également appel à un service d'aide aux familles.

Ce sont principalement les personnes isolées sans enfants qui font appel à un service d'aide aux familles. Un deuxième groupe important se compose de couples sans enfants, suivi par un grand nombre de couples âgés sans enfants. Les malades chroniques (81,7 %), les personnes handicapées (31,9 %), les personnes souffrant d'une maladie psychique (30,5 %) et les

⁶¹ COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.63, 64, 65 et art.66, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

personnes souffrant de problèmes de santé aigus (22,7 %) constituent dans l'ordre décroissant les principaux usagers des services d'aide aux familles⁶².

Communauté flamande

Les services d'aide aux familles agréés par la Communauté flamande dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont gérés par des services privés sous la forme de VZW. Chacun des services agréés d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires sont liés à ou collaborent avec une (des) mutualité(s) :

- Familiehulp VZW (aide aux familles et aux séniors, soins postnatals, soins palliatifs) : ASBL indépendante faisant partie de l'organisation ouvrière chrétienne ;
- Solidariteit voor het Gezin (aide aux familles et aux séniors, soins postnatals, gardes-malades professionnels) : organisation autonome qui collabore avec les mutualités libérales et d'autres partenaires ;
- Thuishulp VZW (aide aux familles et aux séniors, garde d'enfants malades à domicile) : issue des mutualités socialistes.

Bruxelles compte en outre, à plus petite échelle, encore plusieurs services d'aide aux familles provenant des provinces limitrophes, à savoir Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen, Pajottenlandscentrum voor gezins- en bejaardenhulp LEDA et Partena & Partners - Onafhankelijke Dienst voor Gezinszorg. Le service d'aide aux familles Partena & Partners - Onafhankelijke Dienst voor Gezinszorg hoofdzakelijk est actuellement actif dans la région de Hal - Vilvorde. L'objectif étant que le fonctionnement du service s'étende à la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Partena & Partners dispose d'un agrément pour la région de Hal-Vilvorde avec une extension pour Bruxelles et s'est vu attribuer pour Bruxelles 5.000 heures subventionnables pour l'aide aux familles. Les services d'aide aux familles, de soins postnatals et de soins palliatifs sont proposés dans la région de Bruxelles-Capitale.

Les autorités flamandes ont fixé pour 2011 pour la Région de Bruxelles-Capitale une programmation de 896.617 heures subventionnables. Au total, en 2011, 134.296,02 heures ont été prestées dans le cadre de l'aide aux familles par les services d'aide aux familles actifs dans la Région de Bruxelles-Capitale. Pour 2011, nous pouvons donc poursuivre sur un taux de réalisation de 15,07% par rapport à la norme en matière de programmation. Familiehulp est responsable de la plus grande partie, à savoir 59,15 % des heures prestées, suivi par Solidariteit voor het Gezin avec 31,79 %. On a opté pour la base 2011 car ces chiffres sont comparables à ceux de la COCOM et de la COCOF.

⁶² Hedebouw G. & Merckx S. (2007). *Naar een nieuwe programmatienorm voor de diensten gezinszorg in Vlaanderen*. Leuven: HIVA-Leuven. Consulté sur <http://www.hiva.be/resources/pdf/publicaties/R1316.pdf>

Tableau 2.5 Heures prestées aide aux familles 2011 Communauté flamande (à l'exception des heures assimilées)⁶³

Organisations (zone de travail Bruxelles)	Heures prestées	Contingent d'heures subventionnables	Degré de réalisation
VZW Familiehulp	79.438,49		
VZW Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen	48,25		
VZW Pajottenlandscentrum voor gezins- en bejaardenhulp LEDA	147		
VZW Solidariteit voor het Gezin	42.689,29		
VZW Thuishulp	5.203,25		
CPAS Dilsen	2,25		
VZW Partena Gezinszorg	1.564,24		
Thuishulp	5.203,25		
Total	134.296,02	891.196	15,07%

Les deux principaux services d'aide aux familles, Familiehulp et Solidariteit voor het Gezin, affichent respectivement un contingent d'heures de 109.585 et 61.614,7 pour 2011. En 2011, Familiehulp a réalisé 72,49% d'heures en aide aux familles par rapport au contingent d'heures attribuées, Solidariteit voor het Gezin en a par contre presté 69,28%. Les chiffres officiels concernant le contingent d'heure annuel pour la région de Bruxelles-Capitale ne sont pas connus pour 2011.

Tableau 2.6 Heures complémentaires prestées aide aux familles 2011 Communauté flamande⁶⁴

Organisations (zone de travail Bruxelles)	Heures complémentaires prestées aide aux familles 2011
VZW Familiehulp	55.369
VZW Solidariteit voor het Gezin	8.904,58
VZW Onafhankelijke Thuiszorg Verenigingen	123
VZW Pajottenlandscentrum voor gezins-en bejaardenhulp LEDA	359
Total	64.755,58

Ce sont principalement Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin, Thuishulp et Partena Gezinszorg qui sont actifs dans la Région de Bruxelles-Capitale. Par ailleurs, 200 heures d'aide aux familles sont également remplies par de plus petites organisations dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le nombre d'heures d'aide aux familles prestées conjointement par Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin et Thuishulp varie fortement en fonction des communes. Les données

⁶³ Information provenant de l'Agence flamande Soins & Santé.

⁶⁴ Information provenant de l'Agence flamande Soins & Santé.

enregistrées ne font pas de distinction entre l'aide aux familles accordée aux ménages et l'aide aux familles apportée aux personnes âgées. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de la part, exprimée en pour cent, d'aide aux familles apportée en 2011 en comparaison avec les chiffres de 2009.

Tableau 2.7 Part exprimée en pour cent de l'aide aux familles en fonction des communes 2009/2011 (à l'exception des heures assimilées)

Communes	Heures prestées Familiehulp		Heures prestées Solidariteit voor het Gezin		Heures prestées Thuishulp		Heures prestées Partena Gezinszorg		Pourcentages par communes	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Anderlecht	19.127,00	19.551,5	5.255,87	4.966,08	1.459,75	723		190,75	19,07%	18,87%
Bruxelles	12.091,25	14.449	5.537,18	5266,47	1.958,00	592,25		220	14,46%	15,23%
Ixelles	264,25	906,25	2.300,53	3350,77	253,00	216,75		153,33	2,08%	2,77%
Etterbeek	690,50	948,5	1.605,22	2125,8	18,00	455,75		20	1,71%	2,63%
Evere	2.175,50	2910,75	1.740,32	876,67	652,00	113		45,58	3,37%	2,93%
Ganshoren	2.729,75	1609	1.625,40	1785,08	340,00			46,83	3,46%	2,55%
Jette	6.099,75	5175	7.234,35	8534,85	819,00	991		257,25	10,45%	11,10%
Koekelberg	3.111,25	3114,25	1.432,90	1080,83	228,50	363		96,25	5,52%	3,45%
Auderghem	3.796,25	4528	717,00	462,22	608,75	509,5		130,08	3,78%	4,18%
Schaerbeek	3.128,75	4254,75	4.621,72	4925,88		411,25		159,75	5,72%	7,23%
Berchem- Ste-Agathe	2.250,25	2889	1.437,78	511,67	41,80	175,25			2,75%	2,65%
St-Gilles	1.332,75	1448,5	1.677,25	472,75	353,50	4			2,48%	1,43%
Molenbeek- St-Jean	5.624,00	6455,25	6.187,87	6448,9	435,75	706,5		314,67	9,04%	10,33
St-Josse	386,50	245,75	1.533,33	1064,07					1,42%	0,97%
Woluwe-St- Lambert	2.254,00	1606,75	3.273,97	1447,75	79,00			19	4,13%	2,28%
Woluwe-St- Pierre	2.892,00	2914	1.504,60	1358,75	45,50			12	3,27%	3,18%
Uccle	1.698,75	1379	2.159,37	629,18				7	2,85%	1,49%
Forest	4.909,75	4495,5	1.927,33	2058,82	226,25	555,25		82,5	5,21%	5,34%
Watermael- Boitsfort	942,50	557,75	368,00	288,83	329,00	109,75			1,21%	0,71%
Total	75.504,75	79.438,49	52.139,99	47.655,37	7.847,8	5.926,25		1.754,99	100%	100%

Dans les communes de Bruxelles, Jette et Anderlecht, ce sont les 3 plus grands services agréés Familiehulp, Solidariteit voor het Gezin et Thuishulp qui ont presté la majorité des heures d'aide aux familles. Les services d'aide aux familles ont presté le moins d'heures à Saint-Josse-ten-Noode et Watermael-Boitsfort.

En 2011, un peu plus de 6.000 heures ont été prestées en moins par rapport à 2009, et ce essentiellement en raison d'une baisse du nombre d'heures d'aide aux familles prestées par Solidariteit voor het Gezin.

La COCOM reconnaît et subventionne 17 services de soins à domicile. Ces services sont liés à ou ont été créés par la commune ou le CPAS et leur fonctionnement est limité aux frontières communales. Les tâches des services d'aide aux familles et aux seniors des communes et CPAS se composent, d'une part, de l'aide dans le cadre des tâches quotidiennes (courses, aide administrative, préparation des repas, aide lors de la toilette non médicale) et, d'autre part, de l'aide dans le cadre des tâches ménagères (nettoyage, lessive, repassage). Les activités de garde peuvent également faire partie de l'ensemble des tâches. A Bruxelles et à Uccle, tant un service communal qu'un CPAS sont actifs en ce qui concerne l'aide aux familles. Les 4 communes de Koekelberg, Schaerbeek, Saint-Josse-ten-Noode et Watermael-Boitsfort ne disposent pas d'un service de soins à domicile agréé par la COCOM. La commune ou le CPAS des communes en question a toutefois pris l'initiative de créer un service de soins à domicile, mais celui-ci fonctionne dans le cadre d'un agrément de la COCOF.

Le nombre d'heures de soins à domicile prestées en 2011 se répartit comme suit. Notez que dans le nombre total des heures sont compris les heures effectivement prestées, le nombre d'heures de formation, le nombre d'heures de réunion d'équipe et le temps de déplacement des aides familiaux et seniors. Le contingent subventionnable de 2011 se monte à 265.400 heures, dont 256.706 heures ont été remplies. Cela se traduit par un taux de réalisation de 96,72 %.

Tableau 2.8 Heures de soins à domicile prestées en 2011 COCOM⁶⁵

Organisations	Heures prestées	Contingent d'heures subventionnables	Degré de réalisation
Commune Uccle	13.663	12.400	110,18%
CPAS Anderlecht	8.450	15.000	56,33%
CPAS Brussel	19.923	20.500	97,18%
CPAS Ixelles	23.862	24.300	98,20%
CPAS Etterbeek	10.796	10.500	102,82%
CPAS Evere	12.186	12.500	97,49%
CPAS Jette	13.034	10.000	130,34%
CPAS Auderghem	3.374	5.000	67,48%
CPAS Berchem-Ste-Agathe	6.086	9.200	66,15%
CPAS St-Gilles	3.677	3.800	96,76%
CPAS Molenbeek-St-Jean	20.931	19.500	107,34%
CPAS Woluwe-St-Pierre	4.347	4.500	96,6%
CPAS Uccle	6.284	7.300	86,08%
CPAS Forest	12.694	15.700	80,85%
ASBL Service d'aide aux familles bruxelloises	39.919	41.900	95,27%
ASBL Aides familiales et Seniors de Ganshoren	36.660	20.200	181,48%
ASBL Wolu-Sociaal	20.822	33.100	62,91%
Total	256.706	265.400	96,72%

Plusieurs services sont parvenus à dépasser le taux de réalisation de 100 %. Les services de l'ASBL Aides familiales et Seniors de Ganshoren (181,48 %), le service de la commune d'Uccle (110,18 %), le CPAS de Molenbeek-Saint-Jean (107,34 %) et le CPAS d'Etterbeek (102,82 %) dépassent le contingent d'heures subventionnables attribuées. Le plus petit taux de réalisation a été atteint par le service du CPAS d'Anderlecht (56,33%), suivi par l'ASBL Wolu-Sociaal (62,91%), le service du CPAS de Berchem-Ste-Agathe (66.15%) et d'Auderghem (67.48%).

La majorité des heures sont prestées par l'ASBL Service d'aide aux familles bruxelloises, l'ASBL Aides familiales et Seniors de Ganshoren et le CPAS d'Ixelles. Le plus petit nombre d'heures d'aide aux familles est presté par le CPAS d'Auderghem. Il obtient également le plus faible taux de réalisation après notamment le CPAS de Saint-Gilles.

COCOF

Les services d'aide aux familles et aux séniors, comme l'aide aux tâches quotidiennes et ménagères et l'aide administrative, peuvent également être appelés pour une demande de garde.

⁶⁵ Information provenant de la Commission Communautaire Commune.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, 7 services d'aide aux familles et aux seniors sont agréés par la COCOF. Quatre de ces services fonctionnent au niveau local, se limitant aux frontières communales (Aide aux Familles de Schaerbeek, Aide Sociale aux Familles et aux Personnes Âgées de Koekelberg, Maison de la Famille de Saint-Josse et Vivre Chez Soi). Ces quatre services se trouvent dans quatre communes où la COCOM ne propose aucune offre. Aide Familiale Région Bruxelloise, Centre de Services et de Soins à Domicile et Centre Familial de Bruxelles sont de plus grands services dont le terrain d'action couvre la Région de Bruxelles-Capitale. En 2011, ils ont atteint ensemble un taux de réalisation situé entre 93,99 en 113,75%. Avec un pourcentage de 99,65%, le nombre total d'heures programmées a été presque totalement attribué.

Depuis 2005, le nombre global d'heures subventionnables est resté identique, à savoir 864.567 heures. En 2011, l'ensemble des services agréés ont presté au total 861.521,51 d'heures dans le domaine de l'aide aux familles et aux seniors et de l'aide ménagère. Cela revient à un taux de réalisation de 99,65 %⁶⁶.

Tableau 2.9 Heures d'aide à domicile prestées COCOF 2009/2011

Organisation	Communes	2009			2011		
		Heures prestées	Contingent d'heures subventionnables	Degré de réalisation	Heures prestées	Contingent d'heures subventionnables	Degré de réalisation
Aide aux Famille de Schaerbeek	Schaerbeek	66.459	66.385	100,11%	62.401	66.385	93,99%
Aide Familial Région bruxelloise	Région Bruxelles-Capitale	184.547	181.582	101,63%	178.834,33	181.582	98,49%
Aide aux Famille de Koekelberg	Koekelberg	12.748	18.549	68,73%	17.806,17	18.549	95,99%
Centre de Services et d'Aide à Domicile	Région Bruxelles-Capitale	289.326	293.640	98,53%	290.623,67	293.640	98,97%
Centre Familiale de Bruxelles	Région Bruxelles-Capitale	251.783	250.896	100,35%	250.983,67	250.896	100,03%
Maison de la Famille St-Josse	St-Josse-ten-Noode	23.211	20.775	111,73%	23.629,67	20.775	113,74%
Vivre chez soi	Watermael-Boitsfort	34.331	32.740	104,86%	37.243	37.243	113,75%
Total		862.404	864.567	99,75%	861.521,51	864.567	99,65%

⁶⁶ Chiffres 2011 extrapolés à l'année 2011 entière sur la base des chiffres des trois premiers trimestres 2011.

Tableau 2.10 Services d'aide à domicile agréés COCOF

Organisation	Pouvoir organisateur	Zone de travail	Services
Aide aux Familles de Schaerbeek	CPAS Schaerbeek	Schaerbeek	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide ménagère
Aide Familiale Région Bruxelloise	<ul style="list-style-type: none"> • tarifs préférentiels pour les membres de la Mutualité Saint-Michel et autres mutualités chrétiennes • constitue avec Bruxelles Assistance-3e millénaire et la Croix jaune et blanche de Bruxelles une structure intégrée sous le nom d'Aide et Soins à Domicile-Bruxelles (centre de coordination de soins et services à domicile) 	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide sociale • soins postnatals • garde d'enfants malades
Aide Sociale aux Familles et aux Personnes Agées de Koekelberg	commune Koekelberg	Koekelberg	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide ménagère
Centre de Services et d'Aide à Domicile	lié au centre de coordination de soins et services à domicile	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide ménagère • garde d'enfants malade
Centre Familial de Bruxelles	ASBL	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide ménagère
Maison de la Famille de St-Josse	commune St-Josse	St-Josse	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles
Vivre Chez Soi	commune Watermael-Boitsfort	Watermael-Boitsfort	<ul style="list-style-type: none"> • aide aux familles • aide ménagère

2.4 Conclusions aide aux familles

Lorsque l'on observe les chiffres de programmation de la COCOF et de la COCOM, on constate qu'ils sont proportionnellement moins élevés que ceux de la VG. La VG calcule sa programmation sur la base de 30 % de la population bruxelloise. La programmation flamande est adaptée chaque année. En théorie, c'est aussi le cas pour les chiffres de la COCOF et de la COCOM mais, dans la pratique, la COCOF n'a plus apporté de modifications depuis 2005. La manière d'attribuer le quota d'heures varie en fonction de l'autorité subsidiante.

La VG se base sur les projections de la population tandis que la COCOM et la COCOF calculent les heures en multipliant le nombre d'heures prestées au cours de l'année précédente dans chaque service par un coefficient bien déterminé. En se basant sur les prestations des années précédentes, les deux commissions créent en quelque sorte un effet « Matthieu » (« *On ne donne qu'aux riches* ») : on récompense le service qui preste le plus en lui octroyant encore plus d'heures.

La programmation de la COCOM est basée sur une perspective locale et distribue de petits contingents d'heures à chaque service communal ou du CPAS, en se limitant aux frontières communales. Cela implique que la garantie de soins n'est pas la même pour tous les habitants puisque l'offre est beaucoup plus grande dans certaines communes. Ainsi, certaines communes comptent moins d'habitants ou – en pourcentage – moins de personnes âgées mais reçoivent quand même un plus grand contingent d'heures.

Il n'existe pas d'initiatives agréées par la COCOM dans 4 communes, à savoir Schaerbeek, Koekelberg, Saint-Josse-ten-Noode et Watermael-Boitsfort. Un certain nombre d'initiatives ont été lancées par la COCOF dans ces communes, mais leur activité se limite également aux frontières communales (Aide Aux Familles de Schaerbeek, Aide Sociale aux Familles et aux Personnes Agées de Koekelberg, Maison de la Famille de Saint-Josse, Vivre Chez Soi). Les services en question ont été créés par la commune ou le CPAS concerné(e) et sont actifs sous un agrément de la COCOF. En raison de leur activité locale, ces services sont plus proches du citoyen.

La programmation flamande, en revanche, s'applique à toute la région de Bruxelles-Capitale et n'est pas divisée en fonction des communes. Les acteurs les plus importants à la COCOF, à savoir le Centre de Services et de Soins à Domicile, le Centre Familial de Bruxelles et l'Aide Familiale Région Bruxelloise fournissent eux aussi des prestations pour l'ensemble de la région de Bruxelles-Capitale. Ces services agréés par la COCOF, ainsi que les services agréés flamands, adoptent une approche régionale.

L'offre de base des services d'aide aux familles (soins aux personnes, aide ménagère, aide pour le nettoyage et soutien psychologique) est en grande partie la même d'une autorité à l'autre. Les heures de programmation et l'offre de tâches décrite par la COCOM et la COCOF comprennent plus de missions, notamment une aide logistique et des soins de garde professionnels. Pour ces deux dernières missions, la Flandre a développé des formes de travail distinctes offrant, outre l'aide au nettoyage, une aide pour les petits travaux. Il s'agit des services d'aide logistique. La

Flandre prévoit également des services de garde. Ces services proposent un accompagnement et un service de garde offerts par des bénévoles. De cette manière, la Flandre crée une capacité supplémentaire pour l'aide aux petits travaux/au nettoyage et les services de garde en prévoyant un agrément séparé pour ces services, ainsi qu'une programmation distincte.

En 2011, le montant forfaitaire par heure prestée variait en fonction de l'autorité d'agrément : 23,8295 EUR à la VG ; 25 ou 18 EUR à la COCOM et 26,90 EUR à la COCOF.

Sur le plan des conditions de travail, la VG et la COCOM laissent le libre choix aux services d'aide aux familles d'engager leur personnel au statut d'ouvrier ou d'employé. La COCOF octroie le statut d'ouvrier pendant les 2 premières années d'occupation, après quoi le travailleur passe au statut d'employé.

En 2011, 32 services d'aide aux familles étaient actifs sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale. 8 services sont agréés et subventionnés par la VG, 17 par la COCOM et 7 par la COCOF.

Bien que le chiffre de programmation de l'aide aux familles pour Bruxelles augmente chaque année, les services flamands agréés pour l'aide aux familles – avec un taux de réalisation de 15,07% par rapport à la norme de programmation – atteignent difficilement ce chiffre. En Flandre, plus de la moitié (55,53 %) des services agréés d'aide aux familles sont prestés à Anderlecht, Bruxelles, Molenbeek-St-Jean et Jette. Ces communes se trouvent toutes dans les zones prioritaires de soins résidentiels, à savoir la Zone 1 Bruxelles (Haren, Laeken-Nord, Laeken-Sud, Neder-Over-Heembeek, Quartier Nord, Pentagone), la Zone 6 Anderlecht, la Zone 7 Molenbeek-St-Jean et la Zone 8 Berchem-Sainte-Agathe-Ganshoren-Jette.

Au fil des années, le taux de réalisation des services flamands agréés pour l'aide aux familles en région de Bruxelles-Capitale diminue tout comme la part de marché de certains services se réduit constamment. On peut se demander pourquoi, dans des communes comptant tout de même un certain pourcentage de 65 ans et plus néerlandophones (par ex. Ganshoren, Berchem-Ste-Agathe,...), les services flamands agréés pour l'aide aux familles sont si peu sollicités.

Dans une commune comme Anderlecht où, proportionnellement, ce sont les services flamands agréés pour l'aide aux familles qui prestent le plus d'heures, des concertations intercommunautaires ont lieu entre les organisations et services actifs dans le domaine de l'aide aux familles et de l'aide à domicile.

Les 17 services agréés par la COCOM atteignent la norme de programmation, ce qui se traduit par un taux de réalisation total de 96,72 %. Certains services communaux et du CPAS prestent même des heures supplémentaires (ASBL Aides familiales et Seniors de Ganshoren (181,48 %), le service du CPAS Jette (130,34 %), le service de la commune d'Uccle (110,18 %), le CPAS d'Etterbeek (102,82 %) et le CPAS de Molenbeek-St-Jean (107,34).

Pour ce qui est de la COCOF, il convient de souligner que le contingent d'heures n'a plus été adapté depuis 2005. Il n'est pas non plus basé sur des projections de population, contrairement à la programmation bruxelloise établie par la Flandre.

Les services agréés par la COCOM ou la COCOF tentent de ne pas dépasser le contingent d'heures subventionnables octroyé pour l'aide aux familles. Les subventions des services de soins à

domicile de la COCOM et de la COCOF sont rassemblées dans une seule enveloppe budgétaire, le surplus étant redistribué chaque année. Cela signifie que le budget est redistribué parmi les services qui ont presté plus d'heures que le contingent d'heures subventionnables fixé. La prestation d'heures supplémentaires est également compensée par l'engagement de membres du personnel dans le cadre de contrats couverts par d'autres subsides, par exemple le statut ACS, le Maribel Social, l'Art. 60, les projets d'emploi, etc.

Pour le calcul des contributions des usagers, toutes les autorités se basent sur le même principe : la contribution est calculée en fonction de la composition et du revenu du ménage. Pour l'utilisateur, le système de la COCOF s'avère plus avantageux puisque seules des parties de revenus supplémentaires sont portées en compte.

Il est frappant de constater que, même si le calcul est basé sur les revenus et la composition du ménage, la contribution des usagers varie entre les services agréés par la VG, la COCOM et la COCOF. Plus loin dans ce rapport, nous examinerons la contribution des usagers plus en détail à l'appui de quelques cas.

3. Service d'aide logistique

3.1 Description

Communauté flamande

Avec l'introduction du nouveau *Décret sur les soins et le logement*, les services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires ont été convertis en **services d'aide logistique**. La mission de l'aide à domicile complémentaire a été transférée aux services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires. Un service d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires pour lequel l'intégration au sein d'un service d'aide aux familles ou la conclusion d'un partenariat avec un tel service n'est pas possible, est transformé en un service d'aide logistique. Le *Décret du 14 juillet 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile* ne mentionnait pas de programmation pour ces services et par conséquent aucun contingent ne leur était déterminé. Toutefois, des ETP ont été attribués aux services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires, une problématique et des initiatives en matière d'emploi y étant à l'origine. Le Décret sur les soins et le logement y apporte toutefois du changement.

Un service d'aide logistique a comme mission d'offrir de l'aide au nettoyage aux usagers à capacité réduite d'autonomie. Un service agréé d'aide logistique peut également offrir de l'aide aux petits travaux, le cas échéant, sur la base d'un partenariat⁶⁷. Une condition pour l'aide et l'assistance est que le service détermine chaque année le degré de dépendance de l'utilisateur à l'aide de l'échelle de profil BEL⁶⁸. L'aide est uniquement apportée dans le milieu naturel de l'utilisateur.

COCOM

L'aide ménagère est intégrée dans la réglementation des **services de soins à domicile**, ce qui implique que ce sont les mêmes conditions qui sont d'application pour obtenir de l'aide (voir Partie 2.1, 2.1 COCOM). Un aide ménager est décrit comme un membre du personnel non qualifié qui assiste les usagers dans l'entretien courant de leur habitation⁶⁹. Une enquête sociale

⁶⁷ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.8 et art.9, Moniteur belge, 14 mai 2009.

⁶⁸ Gouvernement flamand (2009). *Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches*, art. 3, 1° de l'Annexe 2 Services d'aide logistique Moniteur belge, 17 décembre 2009.

⁶⁹ COCOM (2008). *Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile*, art. 1, 8° et 9° Moniteur belge, 1er février 2008.

préalable à la prestation de service est réalisée par un travailleur social⁷⁰. La COCOM applique des critères relativement spécifiques pour pouvoir bénéficier de l'aide à domicile subventionnée. Le statut et les tâches de l'aide ménager sont décrits à l'annexe 2 de l'*Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile* :

- aide à la vie quotidienne
- entretien courant des pièces habitées ;
- courses, raccommodage, lessive, repassage.
- rôle sanitaire
- tâches d'entretien liées à l'hygiène, au confort et à la sécurité de la personne, à l'exception de l'hygiène personnelle.
 - aide relationnelle
 1. écoute ;
 2. soutien du maintien de l'autonomie.

L'aide aux petits travaux fait également partie des possibilités d'un service de soins à domicile, mais il n'existe pas de cadre distinct pour cette fonction avec un subventionnement y afférent.

COCOF

L'aide ménagère relève de la réglementation afférente aux services d'aide à domicile du Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé. Selon la réglementation, l'aide ménager assure l'entretien des pièces occupées du logement. Il peut faire la lessive et le repassage si la situation du bénéficiaire ne nécessite pas une aide familiale. L'aide ménager prévient le service de toute évolution sur le plan financier, de la santé physique ou psychique qu'il constate chez le bénéficiaire⁷¹.

3.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

L'agrément et le subventionnement des services d'aide logistique ressemblent fort à ceux des services d'aide aux familles et des soins à domicile complémentaires. Pour les services d'aide logistique, aucune programmation distincte n'est en vigueur, elle correspond à la programmation des soins à domicile complémentaires. La programmation pour les soins à domicile se compose de 3.866.129,26 heures.

⁷⁰ COCOM (2008). *Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile*, art. 1, 8° et 9° Moniteur belge, 1er février 2008.

⁷¹ COCOF (2009). *Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé*, art. 29 §2, Moniteur belge, 8 mai 2009.

La programmation des soins à domicile complémentaires comprend également le nombre d'ETP de personnel logistique et le nombre d'ETP de travailleurs des groupes cibles des services d'aide logistique. Le nombre d'heures programmées est réparti entre le personnel logistique (2.331,07 ETP) et les travailleurs des groupes cibles (227,64 ETP)⁷². Chaque année, le Gouvernement flamand détermine le nombre total d'heures subventionnables d'aide logistique. Le ministre compétent fixe également le nombre maximum d'heures subventionnables d'aide logistique par service agréé⁷³. Chaque année aussi, le ministre compétent attribue par service agréé le nombre d'ETP de personnel logistique, le nombre d'ETP de travailleurs de groupes cibles et le nombre d'ETP ACS dans les différentes catégories de fonction qui entrent en considération pour le subventionnement. La subvention annuelle consiste en une enveloppe qui est le résultat d'un calcul se basant sur le nombre d'ETP embauchés et d'ETP ACS de personnel logistique, administratif, d'encadrement et dirigeant⁷⁴. Le mode de subventionnement pour les services d'aide logistique est identique à celui des services d'aide aux familles et des soins à domicile complémentaires.

COCOM

Les Ministres déterminent par service agréé un nombre maximum d'heures de prestation admises à la subvention pour les aides ménagers. Ces contingents se calculent sur la base du nombre d'heures prestées par service au cours de l'année précédente, multiplié par un coefficient fixé par les Ministres⁷⁵. A l'article 2 du même Arrêté ministériel du 20 décembre 2007, 12.600 heures de prestation d'aide ménagère admises à la subvention sont réparties entre 6 services agréés :

Une partie des coûts suivants est subventionnée dans les limites des crédits budgétaires du Collège réuni⁷⁶:

- les frais réels du personnel admis à la subvention par le Collège réuni ;
- les frais pour la formation permanente du personnel admis à la subvention ;
- les frais de fonctionnement et d'équipement du centre ou du service.

Le forfait par heure prestée par les aides ménagers a été fixé à 18,00 EUR⁷⁷. Ce montant forfaitaire couvre les frais des prestations, les assistants sociaux, le coordinateur, les frais de fonctionnement, les frais d'administration et de direction. Les allocations des services d'aide à domicile ont été regroupées dans une seule enveloppe budgétaire, permettant ainsi chaque

⁷² Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.3, de l'Annexe 1 Services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

⁷³ Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, art.2 et art.4, Moniteur belge, 14 mai 2009.

⁷⁴ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.6 de l'Annexe 2 Services d'aide logistique Moniteur belge, 17 décembre 2009.

⁷⁵ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art. 41 §1, Moniteur belge, 1er février 2008.

⁷⁶ COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes, art.15, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

⁷⁷ COCOM (2008). Arrêté ministériel du 20 décembre 2007 déterminant les contingents pour l'année 2008 pour les aides familiaux ou seniors et les aides ménagers des services d'aide à domicile, art.2, Moniteur belge, 15 février 2008.

année la répartition des heures prévues par les contingents de l'année précédente qui n'ont pas été utilisées par un service au prorata des heures respectivement prestées par les services en plus de leurs contingents⁷⁸.

Tableau 2.11 Répartition du contingent d'heures pour l'aide ménagère COCOM 2011⁷⁹

Service	Contingent d'heures attribué
CPAS Anderlecht	2.800
CPAS Ixelles	2.800
ASBL Wolu-Sociaal	2.800
CPAS Evere	1.400
ASBL Berchem-Ste-Agathe	1.400
CPAS Uccle	1.400
Total	12.600

COCOF

La programmation et le subventionnement se déroulent selon le même modèle que celui de l'aide aux familles et aux séniors. On obtient le contingent d'heures subventionnables d'aide ménagère pour chaque service agréé distinct en prenant 20% du contingent pour l'aide familiale⁸⁰.

3.3 Contribution de l'utilisateur

Communauté flamande

L'aide logistique est réglée par heure et, pour ce faire, les services tiennent compte de la composition et des revenus du ménage de l'utilisateur. Un système de calcul général n'est pas d'application et chaque service détermine lui-même le mode de calcul⁸¹.

Dans les nouveaux tarifs qui seront appliqués par la Communauté flamande à partir de 2013, on maintiendra, pour le calcul de la contribution de l'utilisateur, les mêmes principes que pour l'aide aux familles. Pour une aide au nettoyage, on paiera 1,5 fois le prix d'une heure d'aide aux familles, avec un maximum de 13,00 EUR/heure ; pour une heure d'aide aux petits travaux, cela

⁷⁸ COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art. 41 §3, Moniteur belge, 1er février 2008.

⁷⁹ Information provenant de la Commission communautaire commune.

⁸⁰ Communication orale du 20/11/2009 avec le Service des Affaires Sociales de la COCOF.

⁸¹ Information disponible sur http://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen_logistieke_hulp.aspx

représentera 2,5 fois le prix d'une heure d'aide aux familles, avec un maximum de 26,00 EUR/heure.

COCOM

La contribution de l'utilisateur pour l'aide ménagère est proportionnelle à la composition et aux revenus du ménage de l'utilisateur⁸². Pour l'aide ménagère, on applique les mêmes barèmes que pour les soins à domicile, mais comme stipulé ci-dessus, la COCOM travaille à un recalcul de la contribution de l'utilisateur

COCOF

La même contribution que pour l'aide aux familles et aux séniors s'applique à l'aide ménagère.

3.4 Offre et contenu

Communauté flamande

Pour la Région de Bruxelles-Capitale, 2 services disposent d'un agrément en tant que service d'aide logistique, à savoir Familiehulp et Solidariteit voor het Gezin. L'aide logistique comprend des services comme l'aide au nettoyage, l'aide aux petits travaux et la garde professionnelle.

Dans le cadre de l'aide au nettoyage, on compte parmi l'ensemble des tâches : l'entretien de l'habitation complété par des tâches ménagères limitées (repassage, vaisselle, réchauffer les repas). Un soutien psychosocial et pédagogique est également offert au client. L'aide ménagère est principalement fournie aux personnes âgées. Parmi les personnes âgées, une perte de fonction, une maladie physique et l'orthopédie sont les principales raisons pour lesquelles elles font appel à l'aide logistique ; du côté des familles les raisons sont surtout une maladie physique, l'orthopédie, un handicap ou un trouble psychique.

Le service de petits travaux consiste en des réparations limitées et des travaux de rafraîchissement dans et à proximité de l'habitation. Il peut s'agir de réparations visant à améliorer la sécurité et le confort de l'habitation, de petites réparations sanitaires, de réparations à la menuiserie, de petits travaux de nettoyage, de travaux légers de jardinage et de petits travaux de tapisserie et de peinture. Le service de petits travaux de Solidariteit voor het Gezin n'est pas actif dans la région bruxelloise.

En 2011, les services de nettoyage de Familiehulp et Solidariteit voor het Gezin ont presté conjointement 56.977,33 heures d'aide au nettoyage dans la Région de Bruxelles-Capitale.

⁸² COCOM (2008). Arrêté du 25 octobre 2007 du Collège réuni relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des services d'aide à domicile, art. 40, Moniteur belge, 1er février 2008.

Tableau 2.12 Heures d'aide au nettoyage prestées en 2011 Communauté flamande⁸³

Communes	Heures prestées Familiehulp	Heures prestées Solidariteit vh Gezin	Pourcentages prestées par commune
Anderlecht	15.581,00	1.209,50	29,47%
Bruxelles	7.241,75	1.382,33	15,14%
Ixelles	590,00	31,00	1,09%
Etterbeek	1.103,75	91,42	2,10%
Evere	2.077,75	357,50	4,27%
Ganshoren	1.259,00	388,67	2,89%
Jette	2.789,25	805,83	6,31%
Koekelberg	282,25	253,00	0,94%
Auderghem	1.414,00	155,08	2,75%
Schaerbeek	1.761,75	688,58	4,30%
Berchem-Ste-Agathe	1.270,00	0,00	2,23%
St-Gilles	913,50	69,17	1,72%
Molenbeek-St-Jean	4.821,00	2.119,17	12,18%
St-Josse-ten-Noode	16,00	50,75	0,12%
Woluwe-St-Lambert	961,25	553,83	2,66%
Woluwe-St-Pierre	2.015,75	0,00	3,54%
Uccle	1.492,75	124,00	2,84%
Forest	1.256,75	213,75	2,58%
Watermael-Boitsfort	1.636,25	0,00	2,87%
Total	48.483,75	8.493,58	100,00%

Familiehulp preste la majeure partie des heures d'aide au nettoyage dans la Région de Bruxelles-Capitale, à savoir 85,10%, et 14,91% des heures d'aide au nettoyage prestées ont été réalisées par Solidariteit voor het Gezin.

C'est à Anderlecht (29,47 %), Bruxelles (15,14%), Molenbeek-Saint-Jean (12,18%) et Jette (6,31%) que l'on a fait appel le plus au service de nettoyage. Les communes de Saint-Josse-ten-Noode (0,12 %), Koekelberg (0,94%), Ixelles (1,09 %) et Saint-Gilles (1,72 %) sont celles où le service de nettoyage a presté le moins d'heures.

⁸³ Il n'existe pas de données distinctes pour les heures d'aide au nettoyage prestées en 2011, étant donné qu'aucune distinction n'a été effectuée dans les soins à domicile complémentaires. Par conséquent, ces chiffres concernent l'aide au nettoyage, l'aide aux petits travaux et le service de garde réunis.

COCOM

L'aide au nettoyage fait également partie de l'ensemble des tâches des services de soins à domicile. Par ailleurs, la COCOM agréée et subventionne 6 services qui offrent exclusivement une aide au nettoyage.

Tableau 2.13 Heures d'aide au nettoyage prestées en 2011 COCOM

Service	Heures prestées	Contingent d'heures subventionnables	Degré de réalisation
CPAS Anderlecht	1.171	2.800	41,82%
CPAS Ixelles	2.768	2.800	98,86%
CPAS Evere	1.400	1.400	100%
CPAS Berchem-Ste-Agathe	1.400	1.400	100%
CPAS Uccle	1123	1.400	80,21%
ASBL Wolu-social	2.800	2.800	100%
Total	10.661	12.600	84,61%

Le taux de réalisation de tous les services réunis s'élève à 84,61 % du contingent subventionnable. Trois des six services sont parvenus à utiliser entièrement le nombre attribué d'heures subventionnables – le CPAS d'Evere, le CPAS de Berchem-Sainte-Agathe et l'ASBL Wolu-social.

COCOF

Les services d'aide logistique relèvent de la réglementation des services d'aide à domicile. Nous renvoyons au Partie 2.1, 2.4 pour un aperçu des services d'aide à domicile agréés par la COCOF.

3.5 Alternatives

Il est possible de faire appel à différentes ASBL pour obtenir de l'aide au niveau des activités quotidiennes, de la préparation des repas, des courses. Certaines de ces organisations comptent sur des volontaires, alors que d'autres initiatives ont été lancées comme des projets d'emploi et de formation. Plusieurs organisations sont dénombrées comme des alternatives aux services d'aide logistique. Elles proposent de l'aide au nettoyage et/ou un service de petits travaux et fonctionnent sur la base de divers agréments (initiative locale de développement de l'emploi (ILDE), agence locale pour l'emploi (ALE), entreprise de titres-services, services de volontaires et de proximité) et appliquent différents tarifs pour leur prestation de service. De même, le champ d'action est considérablement différent, allant d'une couverture limitée aux frontières communales jusqu'à l'ensemble de la Région de Bruxelles-Capitale. Plusieurs organisations proposent non seulement une aide au nettoyage et aux petits travaux, mais aussi une aide au déménagement, un service de transport, une aide aux courses...

Organisations ayant un agrément ILDE

Les initiatives locales de développement de l'emploi (ILDE) sont réglementées par l'Ordonnance du 18 mars 2004 relative à l'agrément et au financement des initiatives locales de développement de l'emploi et des entreprises d'insertion dans la Région de Bruxelles-Capitale. Elles offrent aux demandeurs d'emploi sans formation, aux chômeurs de longue durée, aux bénéficiaires du droit à l'intégration sociale, etc. la possibilité d'acquérir une expérience professionnelle. L'entreprise peut à cet égard recevoir une intervention financière de la Région de Bruxelles-Capitale. Les ILDE sont des associations sans but lucratif qui prestent des services ou produisent des biens à destination des habitants, des collectivités ou des entreprises en vue de l'insertion socioprofessionnelle du public cible. Plusieurs ILDE assurent une aide ménagère, une aide aux petits travaux et la livraison des courses à domicile.

Tableau 2.14 Organisations ayant un agrément ILDE

Organisation	Agréée	Autorité subventionnante	Statut linguistique	Zone de travail	Mission
Aksent VZW	PIOW	Région Bruxelles-Capitale	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère • service de livraison
Bonnevie	PIOW	Région Bruxelles-Capitale Subvention supplémentaire de la VGC	bilingue	Molenbeek-St-Jean	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique
Boulot	PIOW Organisme d'insertion socio-professionnelle	Région Bruxelles-Capitale COCOF	francophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique • petits déménagements • petits travaux d'entretien
Bricoteam	PIOW	Région Bruxelles-Capitale Subvention supplémentaire de la VGC	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • petits travaux en vue de l'amélioration du confort de base de l'habitation • petits travaux dans le cadre du plan "levensloopbestendig wonen" • interventions en vue de réduire la facture énergétique • réparations au tarif social
CHATO-service d'aide logistique Chambéry	PIOW	Région Bruxelles-Capitale Subvention supplémentaire de la VGC	néerlandophone	Etterbeek	<ul style="list-style-type: none"> • service de petits travaux • service de rénovation • petites adaptations du logement
Les Petits Boulots	PIOW Antenne Espace Social Télé-Service	Région Bruxelles-Capitale	francophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide pour travaux de peinture • aide ménager • aide au déménagement
Multijobs	PIOW	Région Bruxelles-Capitale	francophone	Bruxelles (Neder-Over-Heembeek)	<ul style="list-style-type: none"> • nettoyage de bureaux, espaces communs dans bâtiments et appartements • aide vie quotidienne : service de livraison, transport, gestion de la laverie sociale • adaptation et entretien du logement • déménagements
Proximité Santé	PIOW Priorité aux membres de la Mutualité Saint-	Région Bruxelles-Capitale	francophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • livraison et vente de matériel médical et paramédical • petits travaux d'entretien • service d'aide logistique • service de livraison

	Michel et Aide et Soins à Domicile- Bruxelles				
Solidaritel	PIOW Antenne Fédération des Mutualités socialistes du Brabant	Région Bruxelles- Capitale	bilingue	Région Bruxelles- Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère

Organisations et ASBL ayant un agrément d'entreprise de titres-services

Les entreprises de titres-services disposent d'un agrément et d'un subventionnement au niveau fédéral. Un usager se procure un titre-service comme moyen de paiement grâce auquel un travailleur d'une entreprise agréée peut être payé pour un travail ménager au domicile de l'utilisateur ou à l'extérieur de l'habitation. On fait appel à ces entreprises pour la prestation de services de proximité comme l'aide ménagère (nettoyage, nettoyage des vitres, lessive et repassage, raccomodage) et l'aide dans la vie quotidienne (préparer les repas, faire les courses, services par une centrale de repassage, aide au transport des personnes à mobilité réduite). Grâce à la subvention de l'État fédéral, un titre-service d'une valeur de 20,80 EUR par heure prestée a une valeur d'achat de 7,50 EUR pour le particulier qui bénéficie aussi d'une déduction fiscale. La liste ci-dessous donne un aperçu du nombre d'organisations qui ont fonctionné avec des titres-services en 2011. Cette liste n'a toutefois pas la prétention d'être exhaustive.

Tableau 2.15 Entreprises de titres-services

Organisation	Statut linguistique	Zone de travail	Mission
Aksent VZW	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Atous Ménages	francophone	St-Josse-ten-Noode, Schaerbeek, Evere	• aide ménagère
Baita ASBL	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère pour les particuliers
Centre d'aides et services Baraka	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide sociale • repassage • service de livraison
Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants de Bruxelles	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Centre de Services à Domicile	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Centre Familial de Bruxelles	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Cité Sérine	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère aux patients
Service d'aide aux familles bruxelloises	bilingue	Bruxelles	• aide ménagère
Dialogue Afrique Europe	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Domidom	Tweetalig	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	• aide ménagère
Familiehulp PIT Dienstverlening	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère pour les particuliers
Maxinet (deelwerking ALE Schaerbeek)	bilingue	Schaerbeek	• aide ménagère
CPAS Evere	bilingue	Evere	• aide ménagère
CPAS Uccle	bilingue	Uccle	• aide ménagère • repassage • atelier pour petits travaux de couture
Partena & Partners-Onafhank. Dienst voor Gezinszorg	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère • repassage
ALE Stad Brussel	bilingue	Bruxelles	• aide ménagère
ALE Brussel-Laken	bilingue	Bruxelles	• aide ménagère

ALE Ixelles	bilingue	Evere	• aide ménagère
ALE Jette	bilingue	Jette	• aide ménagère
ALE Koekelberg	bilingue	Koekelberg	• aide ménagère
ALE Berchem-Ste-Agathe	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère • repassage
ALE Sint-Gillis	bilingue	St-Gilles	• aide ménagère
Pretnet Services	bilingue	St-Gilles, Uccle, Forest	• aide ménagère • repassage
Solidariteit voor het Gezin	néerlandophone	Région Bruxelles-capitale	• aide ménagère
Solidaritel	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Entre-aide Allure	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère • service de livraison • repassage
Thuishulp VZW	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
Tot Uw Dienst	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère • service de livraison • repassage
Vlaams Neutraal Ziekenfonds	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale, Brabant flamand	• aide ménagère
Vlaams Neutraal Ziekenfonds	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère
XL-Services	francophone	Région Bruxelles-Capitale	• aide ménagère

Organisations offrant une aide logistique

Diverses organisations s'aventurent sur le terrain de l'aide au nettoyage et aux petits travaux. Certaines organisations proposent également de l'aide au déménagement, au transport, aux courses, etc. Il est évident que la plupart des organisations se concentrent plutôt sur une seule forme de prestation de service, soit l'aide au nettoyage, soit l'aide aux petits travaux. Peu d'organisations combinent les deux services. Leurs attributions diffèrent et vont d'une activité locale à une activité qui s'étend à toute la Région de Bruxelles-Capitale. Plusieurs associations ne sont pas subventionnées et leur fonctionnement dépend de volontaires et de l'insertion de non-professionnels.

Tableau 2.16 Aide aux petits travaux et au nettoyage

Organisation	Agréée	Autorité subventionnante	Statut linguistique	Zone de travail	Mission
Aide à nos seniors			francophone	Schaerbeek	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère
Assistance aux Séniors et Handicapés	Association de fait		francophone	Koekelberg	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère • service d'aide logistique
Buurtconciërge (Senioren-centrum)	VZW conventionnée de la VGC	VGC	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • dépannage technique • adaptation du logement
Centre Social Protestant	Centre de travail social	COCOM	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • aide ménagère
Compagnons Dépanneurs et Compagnons-Dépanneurs Laeken	organisation de jeunesse	COCOF	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique • déménagements
Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants de Bruxelles	Lié au centre de coordination des soins et services à domicile	COCOF	bilingue	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique
Centre d'Entraide de Laeken	vrijwilligersvereniging		francophone	Laeken	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique
Centre de Services et de Soins à Domicile	Lié au centre de coordination des soins et services à domicile	COCOF	francophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> • service de livraison
Contacts-Santé	ASBL liée à la maison de quartier Maison du Blankedelle	giften subsidie schepen voor Sociale Actie	francophone	Watermael-Boitsfort	<ul style="list-style-type: none"> • aide bénévole par des habitants du quartier • service de livraison • transport médical non urgent • visites à domicile aux personnes isolées
De Buurtwinkel	Association de lutte contre la pauvreté ; organisme d'animation	VG	néerlandophone	Anneessens	<ul style="list-style-type: none"> • service d'aide logistique

	sociale				
Entraide et Culture	projet communal de cohésion sociale	COCOF	francophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide logistique pour les personnes souffrant d'un handicap et les personnes âgées mal logées
Het Duwtje	Sprl socio-écon. créée par la commune et le CPAS de Woluwe-St-Pierre		bilingue	Woluwe-St-Pierre	<ul style="list-style-type: none"> aide ménagère entretien du jardin service de livraison aide au déménagement
Iris Thuiszorg-centrum	RDC	VG	néerlandophone	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide logistique service technique
LDC De Harmonie	LDC	VG VGC	néerlandophone	Bruxelles-quartier Nord	<ul style="list-style-type: none"> service de livraison service d'aide logistique aide ménagère
LDC De Vaartkapoen	LDC	VG	néerlandophone	Molenbeek-St-Jean	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide logistique
Le réseau-santé de Watermael-Boitfort	Initiative du Réseau Santé du Vieux Sainte-Anne (bénévolat)		francophone	Watermael-Boitsfort	<ul style="list-style-type: none"> visites à domicile compagnie assistance de livraison matériel paramédical transport
Maison de la Famille de Saint-Josse	Service d'aide à la maison	COCOF	francophone	St-Josse-ten-Noode	<ul style="list-style-type: none"> service de livraison service d'aide logistique /aide au déménagement
CPAS Bruxelles	CPAS	commune	bilingue	Bruxelles	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide logistique
Partena & Partners	Mutualité		bilingue	Région Bruxelles-Capitale	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide logistique
ALE Anderlecht,	ALE ⁸⁴	fédéral	bilingue	communal	<ul style="list-style-type: none"> service d'aide

⁸⁴ Le service est payé par l'utilisateur au moyen de chèques ALE, non nominatifs ou nominatifs. En 2009, le montant d'un chèque ALE varie de 5,95 EUR à 7,45 EUR par tranche de 0,25 EUR. Le prix coûtant de ces chèques dépend du type de travail, de l'ALE, et si l'utilisateur est une personne physique, une commune/CPAS ou

ALE Ville Bruxelles- Laeken, ALE Ixelles, ALE Etterbeek, ALE Evere, ALE Ganshoren, ALE Jette, ALE Koekelberg, ALE Auderghem, ALE Schaerbeek, ALE Berchem-Ste- Agathe, ALE Sint- Gillis, ALE Molenbeek-St- Jean, ALE St- Josse-Ten- Noode, ALE Woluwe-St- Lambert, ALE Woluwe-St- Pierre, ALE Uccle, ALE Forest, ALE Watermael- Boitsfort					logistique • aide ménagère
Réseau du Vieux Sainte-Anne	Services de bénévoles		francophone	Auderghem	• assistance de livraison et transport • service d'aide logistique
Action Sociale - Sociale Actie de Woluwe-St- Lambert ASBL	ASBL établie par la commune	commune	bilingue	Woluwe-St- Lambert	• aide ménagère • service de livraison • service d'aide logistique
Soins Chez Soi	centre de coordination de soins et services à domicile	COCOF	francophone	Région Bruxelles- Capitale	• petits travaux d'adaptation du logement
Thuishulp VZW	Service de soins aux familles et soins à domicile complémentaire s		néerlando- phone	Région Bruxelles- Capitale	• aide ménagère • service d'aide logistique
Vivre Chez Soi	Service d'aide à	COCOF	francophone	Watermael-	• aide au

une ASBL/association non commerciale. Les chèques ALE nominatifs donnent droit à une réduction d'impôts. Des informations sont disponibles sur le site du Service Public Fédéral Finances sur <http://minfin.fgov.be/portail2/fr/themes/avantages/pwa-ale.htm#J>

	domicile			Boitsfort	déménagement <ul style="list-style-type: none"> • petites réparations • adaptation du logement • aide ménagère
--	----------	--	--	-----------	---

3.6 Conclusions aide logistique

Seule la VG reconnaît un service d'aide logistique comme forme de travail distincte ; ce n'est pas le cas de la COCOM ni de la COCOF. La programmation flamande pour l'aide logistique est basée sur les services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires. Comme l'aide pour le nettoyage et l'aide pour les petits travaux tombent sous la même programmation, l'aide aux petits travaux passe souvent au second plan. Bien que cette aide soit reprise dans l'ensemble des tâches, la plupart des aidants se consacrent au nettoyage.

L'offre abondante est très fractionnée et les nombreux partenaires coopèrent rarement sur le terrain.

Comme beaucoup d'initiatives ont été lancées dans le cadre des projets d'emploi, l'on peut se poser des questions quant à la qualité de l'aide offerte. Souvent, ces projets occupent du personnel fragilisé, puisqu'il s'agit de travailleurs groupes cibles. Ces projets souffrent également des nombreuses rotations de personnel inhérentes aux initiatives d'emploi et de formation. Par conséquent, il y a lieu d'investir davantage dans la formation du personnel.

Pour les services de bricolage, il est important de développer et de garantir une forme d'organisation appropriée et efficace. C'est la raison pour laquelle la VGC tente de créer la plus grande harmonie possible entre les services de menus travaux qu'elle soutient. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'enregistrement uniforme, les orientations sont rares et l'on travaille souvent à petite échelle. Le premier objectif de cette harmonisation consiste à permettre un enregistrement uniforme.

Les initiatives ALE sont liées aux services communaux et/ou des CPAS, qui doivent être bilingues. Les soins à domicile complémentaires et l'aide logistique sont souvent proposés par des services non agréés. Un rapport de la Cour des Comptes annonce une possible substitution entre l'aide aux familles et l'aide pour le nettoyage et le risque de voir « le contingent d'heures attribué pour l'aide aux familles être utilisé pour l'aide ménagère et presté par du personnel soignant là où il est prétendument question de pénurie. » On plaide pour une intégration claire de l'aide logistique et des soins à domicile complémentaires dans l'offre complète de soins à domicile⁸⁵.

⁸⁵ Cour des Comptes (2007). *De subsidiëring van de thuiszorg*. Rapport de la Cour des Comptes au Parlement flamand. Document 37-E (2006-2007) – N° 1.

4. Service de garde

4.1 Description

Communauté flamande

Un service de garde est une structure qui a pour mission de coordonner l'offre et la demande en gardes, et ce en collaboration avec des volontaires⁸⁶. La garde fait référence à l'aide et l'assistance, le jour et la nuit, qui consiste à offrir de la compagnie à l'utilisateur et à le surveiller lors de l'absence ou en renfort de l'intervention de proximité⁸⁷. Au sein des services de garde, l'accent est mis explicitement sur le travail de volontaires, étant donné que la garde professionnelle est prévue par décret dans les 'services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires'.

COCOM

On ne trouve pas de trace d'un pendant identique d'un service de garde. Il n'existe pas de subventionnement distinct pour la garde, mais les services d'aide à domicile peuvent offrir un service de garde à domicile. La garde professionnelle relève de la réglementation des services de soins familial (voir Partie 2.1) qui offre cette facilité sous la forme de tâches familiales subventionnées.

COCOF

On n'a pas trouvé d'équivalent d'un service de garde et, ici aussi, la garde professionnelle de personnes souffrant d'une perte d'autonomie est intégrée dans les services d'aide à domicile ou dans les centres de coordination. Vu l'absence de toute réglementation afférente à la profession de garde-malade professionnel dans la Région de Bruxelles-Capitale, les tarifs mais aussi les conditions varient.

Bon nombre de volontaires s'engagent à rendre visite à des personnes âgées, malades ou seules à leur domicile, les paroisses jouant souvent le rôle d'initiateur. Les mutualités ou certaines organisations sans but lucratif mettent également en place de tels réseaux de volontaires pour accompagner ou tenir compagnie à des personnes dans le besoin.

⁸⁶ Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, art.10, Moniteur belge, 14 mai 2009.

⁸⁷ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches, art.1, 1° de l'Annexe 3 Services de garde, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

4.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Le nombre maximum de services de garde à agréer est fixé par province et pour la Région de Bruxelles-Capitale à un 1 par 100.000 habitants. Une fois le nombre de régions fixé, le ministre compétent détermine par province et pour la Région de Bruxelles-Capitale le nombre de services qui peuvent être agréés par région. Pour l'application des chiffres de programmation, il est parti de la projection de la population pour la cinquième année qui suit l'année de l'introduction de la demande d'agrément⁸⁸. Le service se charge par année calendrier dans la Région de Bruxelles-Capitale de la coordination d'au moins 3.000 heures de service de garde pour des bénévoles⁸⁹. Le service conclut un accord de coopération avec au moins une autre structure qui a été agréée conformément au Décret sur les soins et le logement. Cet accord de coopération comprend au moins des accords sur les possibilités d'aiguillage ; l'appui organisationnel et logistique ; et la continuité de la mission de coordination⁹⁰.

Dans les limites des crédits budgétaires disponibles, le nombre d'heures subventionnables de garde par des bénévoles est déterminé chaque année pour les services de garde agréés. De même, le nombre maximum d'heures subventionnables de garde par des bénévoles par service agréé est fixé annuellement. Le nombre annuel d'heures subventionnables supplémentaires tient compte de l'évolution démographique attendue. Lors de la fixation du nombre d'heures subventionnables par service agréé, le degré de réalisation du nombre d'heures déjà accordé et la répartition des heures prestées sont utilisés, entre autres, comme paramètres⁹¹.

La subvention pour les services de garde agréés dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale comprend :

- une subvention de base de 11.887,39 EUR pour les premières 3.000 heures dans la région de Bruxelles-Capitale ;
- un montant forfaitaire de 1,082 EUR par heure de garde par un volontaire, prestée dans la zone du service, dépassant le nombre d'heures fixé (soit 3.000 heures pour Bruxelles-Capitale)⁹².

⁸⁸ *Ibidem*, art.3.

⁸⁹ *Ibidem*, art.5, A, 1^o.

⁹⁰ *Ibidem*, art.5, C, 3^o.

⁹¹ *Ibidem*, art.6.

⁹² *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.7 §1 de l'Annexe 3 Services de garde, Moniteur belge, 17 décembre 2009. Chiffres 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

4.3 Contribution de l'usage

Communauté flamande

Une contribution de l'utilisateur est exigée pour le service de garde offert par un volontaire. Cette contribution correspond à une indemnité forfaitaire, une distinction étant faite entre les services de garde de jour et de nuit. Pour le service de garde le jour, 2,50 EUR au maximum par heure sont imputés. Pour le service de garde la nuit, une indemnité de 25 EUR au maximum par nuit peut être demandée. Si une garde de nuit, qui prend fin après 6 heures, a commencé avant 22 heures, une indemnité de maximum 2,50 EUR peut être demandée en plus de l'indemnité de la garde de nuit, pour les heures de garde qui ont été prestées avant 22 heures. Les montants sont liés à l'indice pivot ⁹³.

4.4 Offre et contenu

Communauté flamande

Seule la Communauté flamande applique une **programmation distincte pour les services de garde** effectués par des bénévoles. La COCOM et la COCOF regroupent les services de garde avec les services d'aide aux familles, ce qui implique que les gardes sont uniquement réalisées par des professionnels.

Tableau 2.17 Contingents d'heures subventionnables 2011 services de garde Bruxelles-Capitale⁹⁴

Service	Contingent d'heures subventionnables
Vrijwilligerswerk in Solidariteit	14.836

Un manque d'agrément de tels services de garde offre une ouverture aux abus dans les circuits de travail au noir au moyen du travail illégal ou des circuits alternatifs (par ex. étudiants dormants).

Les heures prestées pour la zone de Bruxelles-Capitale ont affiché en 2011 la répartition suivante :

- Vrijwilligerswerk in Solidariteit: 14.836,88.

⁹³ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches, art. 5, 5° de l'Annexe 3 Services de garde, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

⁹⁴ Chiffres de 2011 provenant de l'Agence flamande Soins et Santé.

Agrément Hal-Vilvorde avec extension sur Bruxelles :

- VZW Thuishulp : 16.765,25 heures (Hal-Vilvorde) ;
- Vrijwilligerswerk in Solidariteit: 19.667,60 (Hal-Vilvorde).

VZW Vrijwilligerswerk in Solidariteit

La VZW Vrijwilligerswerk in Solidariteit est un service complémentaire agréé de Solidariteit voor het Gezin. Un groupe expérimenté de volontaires se charge pour toute la région flamande de soutenir ou de remplacer les soins de proximité et/ou de compléter les soins professionnels. En outre, ils assurent un transport médical non urgent accompagné ou non.

VZW Thuishulp

La VZW Thuiszorghulp est le service agréé d'aide aux familles de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant dont un service de garde agréé opère dans la région d'Hal-Vilvorde avec une extension sur Bruxelles. Ce service de garde se compose de volontaires qui se rendent au domicile de personnes âgées, malades ou handicapées lorsque l'aidant principal est absent. Les volontaires assurant les gardes offrent leur compagnie et surveillent la personne concernée, mais ne sont pas autorisées à entretenir l'habitation ou à effectuer des actes infirmiers.

En 2011, 19.829,13 heures de garde ont été enregistrées sur le territoire de Bruxelles-Capitale, qu'il s'agisse de gardes de jour, de soirée ou de nuit. Le groupe de clients le plus représenté est celui des 80-89 ans, suivi par le groupe des 70-79 ans. On constate que les clients qui font appel au service de garde souffrent souvent de problèmes physiques et vivent seuls.

Tableau 2.18 Heures de garde prestées 2011

Commune	Heures prestées Solidariteit v/h Gezin	Heures prestées Thuishulp VZW	Pourcentages de gardes prestées par commune
Anderlecht	210,88	57,00	1,35%
Bruxelles	2.297,83	1.674,25	20,03%
Ixelles	20,75	167,75	0,95%
Etterbeek		1,00	0,01%
Evere	18,83	742,00	3,84%
Ganshoren	228,00	91,50	1,61%
Jette	75,33	7,50	0,42%
Koekelberg	0,00	0,00	0,00%
Auderghem	0,00	2,00	0,01%
Schaerbeek	1436,50	605,75	10,30%
Berchem-Ste-Agathe	621,92	0,00	3,14%
St-Gilles	0,00	713,50	3,60%
Molenbeek-St-Jean	58,92	9,00	0,34%
St-Josse-ten-Noode	0,00	786,00	3,96%
Woluwe-St-Lambert	2842,25	91,00	14,79%
Woluwe-St-Pierre	2599,50	41,25	13,32%
Uccle	35,42	690,50	3,66%
Forest	9,25	3640,25	18,40%
Watermael-Boitsfort	5,50	48,00	0,27%
Total	10.460,88	9.368,25	100,00%

« Solidariteit voor het Gezin » avec 10.460,88 d'heures prestées, atteint 64,58 % du degré de réalisation, tandis que « Thuishulp VZW » réalise 35,42 % du contingent horaire (sans prendre en compte les données de la région de Hal-Vilvorde).

Si l'on additionne les heures prestées en 2011 par les services de garde de « Solidariteit voor het Gezin » et de « Thuishulp », il s'avère que la plupart des heures sont prestées à Bruxelles 20,03%, à Forest 18,40 % et à Woluwe-Saint-Lambert 14,79%. Les services de garde sont rares voire inexistants à Koekelberg (aucun), Auderghem (0,01 %) et Watermael-Boitsfort (0,27 %).

COCOM

Du fait que les services de garde relèvent de la réglementation des services de soins à domicile, nous renvoyons au partie 2.1, 2.4 pour une énumération des services de soins à domicile agréés par la COCOM. Les aides familiaux et seniors peuvent intervenir pour des gardes professionnelles.

COCOF

Les services de garde relèvent de la réglementation des services d'aide à domicile. Nous renvoyons dès lors au partie 2.1, 2.4 pour un aperçu des services d'aide à domicile agréés par la COCOF. Les aides familiaux et seniors peuvent également réaliser des gardes.

Alternatives

Dans le secteur bruxellois du bien-être sont actifs différents services qui offrent des services de sénior-sitting comme alternative aux services agréés de garde et d'aide aux familles et aux seniors. Gammes est un service de garde professionnel auquel les 5 centres de coordination de soins et services à domicile font appel. Aksent offre non seulement de l'aide logistique, mais implique également ses collaborateurs pour des missions de garde. Baluchon Alzheimer s'adresse spécifiquement aux personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et à leurs aidants proches afin d'alléger temporairement les soins de proximité. Iris thuiszorg et Réseau Santé du Vieux Sainte-Anne font appel à des gardes bénévoles. En principe, il est possible de faire appel aux ALE pour du sénior-sitting, mais en réalité on ne fait que peu appel à cette option dans leur offre. A cet égard, on fait appel à des chômeurs de longue durée et à des demandeurs d'emploi, et ce afin de promouvoir les mesures fédérales pour l'emploi.

Tableau 2.19 Organisations alternatives de garde

Organisation	Agrément	Subsides de l'autorité	Statut linguistique officiel	Mission
Aksent VZW	ILDE	Région de Bruxelles-Capitale	néerlandophone	<ul style="list-style-type: none"> seniorsitting garde-malades tarif social
Baluchon Alzheimer Belgique-België	ASBL		bilingue	<ul style="list-style-type: none"> pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer le gardien séjourne chez la personne pendant 2 semaines maximum garde de jour 65 EUR pour 24 heures et 0,28 EUR par km pour le déplacement aller et retour quelques mutualités prévoient une intervention dans l'indemnité
Gammes VZW	ILDE	Région de Bruxelles-Capitale	franco- phone	<ul style="list-style-type: none"> actif dans toutes les 19 communes bruxelloises service professionnel de garde à domicile pour personnes âgées, malades ou handicapées collaboration avec 5 centres de coordination de soins et services à domicile tarif horaire garde de jour : 3,25 EUR (statut OMNIO) et 5,25 EUR (non OMNIO) tarif horaire garde de soirée et de nuit et pendant les week-ends et jours fériés : 4,75 EUR (statut OMNIO) et 6,75 EUR (non OMNIO) projet de formation et d'emploi dans le domaine des gardes à domicile pour les personnes moins qualifiées formation subsidiée par la COCOF et ESF
Iris Thuiszorg	RDC	Communauté flamande	néerlandophone	<ul style="list-style-type: none"> recours à des bénévoles service de garde et seniorsitting. garde de jour : 2,50 EUR par heure.
Partena & Partners	mutualité		bilingue	<ul style="list-style-type: none"> soins de garde
ALE Anderlecht, ALE Ville de Bruxelles, ALE Ville de Bruxelles-Laeken, ALE Etterbeek, ALE	ALE	Autorité fédérale	bilingue	<ul style="list-style-type: none"> possibilité de seniorsitting

Evere, ALE Koekelberg, ALE Auderghem, ALE Schaerbeek, ALE Berchem-Ste-Agathe, ALE Sint-Gilles, ALE Molenbeek-St-Jean, ALE Saint-Josse-ten- Noode, ALE Woluwe- Saint-Lambert, ALE Woluwe-Saint-Pierre, ALE Uccle, ALE Forest et ALE Watermael- Boitsfort				
Réseau Santé du Vieux Sainte-Anne (Auderghem)	ASBL		franco- phone	<ul style="list-style-type: none"> • soutien à domicile de personnes malades par des bénévoles et des non-professionnels • en collaboration avec des prestataires de soins paramédicaux, à travers une aide occasionnelle pour les petits problèmes quotidiens, comme par ex. le seniorsitting. • gratuit

4.5 Conclusions soins de garde

L'offre de services de garde est relativement peu connue. Les principaux usagers de tels services font partie de la catégorie des 80-89 ans. Ce sont surtout les personnes isolées et les personnes souffrant de problèmes physiques qui font appel aux services de garde. La plupart des heures de garde sont prestées à Bruxelles, Forest et Woluwe-St-Lambert.

À Bruxelles, l'offre de services flamands agréés pour les soins de garde est limitée et le nombre d'heures prestées dans les organisations est faible, à tel point que « Familiehulp » a même rendu son agrément il y a quelques années.

Il est clair que les services de garde requièrent une approche spécifique, principalement parce qu'ils s'appuient sur leur pool de bénévoles. Cette approche ciblée passant par le bénévolat se perd souvent dans les autres tâches proposées par les services. En raison du manque de bénévoles, la gestion d'un service de garde constitue une tâche difficile.

Seules les agences locales pour l'emploi (ALE) se tiennent notamment disponibles pour la garde de personnes âgées et l'accompagnement des seniors isolés et malades. Étant donné l'activité locale des ALE, cette approche pourrait constituer un atout mais, dans la réalité, les services de garde des ALE sont peu sollicités. Les ALE bruxelloises ont toutes été créées par les

administrations communales locales. Les services flamands agréés pour les soins de garde, mais aussi les ILDE Gammes et Aksent, ont un champ d'activité plus large et peuvent intervenir dans toute la région de Bruxelles-Capitale.

5. Service de soins infirmiers à domicile

Les services fournis par des infirmiers à domicile sont financés à l'échelle fédérale par l'assurance maladie conformément à un forfait qui varie en fonction du degré de dépendance du client. Les données de l'INAMI montrent que le nombre de prestations en soins infirmiers attestées aussi bien à domicile que dans des établissements résidentiels est en croissance sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale.

Tableau 2.20 Service de soins infirmiers à domicile Région Bruxelles-Capitale, Flandre et Wallonie⁹⁵

	Région Bruxelles Capitale		Région de Flandre		Région de Wallonie	
	Service de soins infirmiers à domicile	Nombre/habitant	Service de soins infirmiers à domicile	Nombre/habitant	Service de soins infirmiers à domicile	Nombre/habitant
2006	3.515.804	3,45	67.503.474	11,11	35.008.681	10,25
2007	3.707.494	3,60	70.010.954	11,44	36.635.720	10,66
2008	3.990.358	3,81	75.587.714	12,27	38.936.472	11,26
2009	4.361.665	4,08	78.398.627	12,63	40.822.357	11,75
2010	4.513.058	4,14	82.231.409	13,15	43.108.833	12,32
2011	4.663.147	4,17	86.504.801	13,72	45.459.040	12,89
2006	3.515.804	3,45	67.503.474	11,11	35.008.681	10,25

Cela signifie qu'en 6 ans, le nombre de prestations de soins infirmiers a augmenté de 1.122.782 à Bruxelles. Les soins hygiéniques (toilette) constituent l'essentiel des prestations (55%)⁹⁶, suivis par l'administration des médicaments, les soins des plaies complexes et simples, la prestation de soins dans le cadre de la compressothérapie et l'application d'une pommade ou d'un produit médicamenteux. Les communautés octroient un agrément ou un subventionnement complémentaire à un service de soins infirmiers à domicile.

L'étude de la part relative des dépenses de l'INAMI à Bruxelles pour des prestations de soins infirmiers pourrait indiquer une sous-consommation de ces soins par rapport à d'autres régions. Cette supposition est étayée par l'étude *Géographie de la consommation médicale – Variations de dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique – Rapport longitudinal 2006-2010*, publiée par l'INAMI en 2011 et par les données fournies par la mutualité socialiste sur le maximum à facturer (MAF) – voir ci-après.

Cette probable sous-consommation peut sans doute s'expliquer par :

- 1) une pénurie importante de prestataires de soins infirmiers à domicile en région de Bruxelles-Capitale ;
- 2) des problèmes d'accessibilité ou la non-connaissance dans le chef de l'utilisateur final des possibilités de soins infirmiers à domicile et de soins de santé primaires en général ;
- 3) une offre relativement élevée de (petites) maisons de repos et d'hôpitaux.

⁹⁵ Consulté sur http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/cijfers_bevolking_1_1_2009.jsp

⁹⁶ Wouters, R., Paquay, L., De Vlieghe, K., Debaillie, R. & Geys, L. (2005). KIT-diagnosestudie: verpleegkundige kerninterventies in de thuiszorg volgens medische pathologieën. Onderzoeksrapport Wit-Gele Kruis Vlaanderen. En Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2010). Financiering van de thuisverpleging in België. KCE reports 122A.

Dans la mesure où les soins infirmiers dispensés concernent principalement les soins hygiéniques et que la région de Bruxelles-Capitale est confrontée à un gros problème de chômage, on peut se demander si certains soins infirmiers ne pourraient pas être délégués à des personnes moins qualifiées. Les projets-pilotes, subventionnés par l'INAMI et dans lesquels les infirmiers peuvent faire appel à des aides-soignants, constituent un bel exemple. Il conviendrait peut-être d'y réfléchir de manière plus créative.

À l'heure actuelle, la législation (AR n° 78) laisse peu de marge pour les expériences créatives. Cela vaudrait pourtant la peine de prévoir plus de possibilités dans ce domaine.

Par ailleurs, il convient de signaler que le recours à des aidants proches dans les soins à domicile offre beaucoup d'opportunités. Pourtant, ces personnes ne reçoivent généralement pas ou guère de soutien. Si l'on combinait les éléments décrits ci-dessus à un certain nombre de mesures de soutien destinées aux aidants proches, les soins à domicile seraient plus réalisables, aussi bien pour les professionnels que pour les bénévoles.

5.1 Description

Communauté flamande

Avec l'introduction du *Décret sur les soins et le logement*, les équipes de soins infirmiers à domicile ont été converties en services de soins infirmiers à domicile. Un service de soins infirmiers à domicile est une organisation d'infirmiers coordonnée par un ou plusieurs infirmiers, le fonctionnement duquel a été défini dans une convention écrite et dont les infirmiers posent des actes infirmiers dans l'environnement familial naturel de l'utilisateur en tant qu'employés ou infirmiers indépendants⁹⁷.

Pour le reste, les soins infirmiers à domicile relèvent de l'assurance maladie fédérale.

COCOM

L'Arrêté du 6 novembre 2003 du Collège réuni relatif aux services de soins à domicile 2003 stipule que les ASBL, les communes et les CPAS qui souhaitent organiser des soins à domicile – dont également des soins infirmiers à domicile – doivent remplir les conditions suivantes :

1. offrir des soins à domicile professionnels, c.-à-d. des services assurés par des infirmiers dans le but de maintenir l'utilisateur dans son milieu familial naturel ;

⁹⁷ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.12 et art.13, Moniteur belge, 14 mai 2009.

2. offrir ces soins à domicile, en complément et/ou en remplacement et/ou comme soutien aux soins que l'utilisateur s'administre lui-même, et aux soins des personnes de proximité ;
3. tenir compte de la situation globale dans laquelle les soins doivent être apportés, avec une attention particulière pour les utilisateurs qui courent un risque plus élevé à une situation précaire ;
4. être responsable avec l'utilisateur et/ou les personnes de proximité et/ou les bénévoles et/ou le médecin généraliste et/ou d'autres assistants professionnels de l'adaptation des soins. Le cas échéant, participer dans ce cadre à la concentration structurée avec tous les acteurs concernés⁹⁸.

COCOF

Les services d'aide aux familles et de soins infirmiers à domicile sont davantage intégrés et dans la pratique ce sont les centres de coordination de soins et services à domicile qui coordonnent les soins infirmiers à domicile.

5.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Maximum 250 services de soins infirmiers à domicile sont agréés en Flandre et dans la Région de Bruxelles-Capitale. Un service est agréé pour un certain ressort. Le ressort répond aux dispositions du *Décret sur les régions de soins du 23 mai 2003* et égale au moins une commune ou une ville et au maximum à la somme des villes régionales d'une province ou à la zone bilingue de Bruxelles-Capitale⁹⁹. Selon ce décret, Bruxelles-Capitale est considérée comme une seule région de soins. Un service de soins infirmiers à domicile dispose au moins de 7 ETP infirmiers et d'1 infirmier coordinateur qui est responsable de l'organisation du service pour ce qui concerne la coordination, la continuité, la qualité et l'évaluation des soins¹⁰⁰. Aucun subventionnement spécifique n'est lié à l'agrément, à l'exception de celui accordé par les autorités fédérales pour les soins médicaux prestés.

⁹⁸ *COCOM (2004). Arrêté du 6 novembre 2003 du Collège réuni relatif aux services de soins à domicile 2003*, art.1, Moniteur belge, 7 janvier 2004.

⁹⁹ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 4 Services de soins infirmiers à domicile, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹⁰⁰ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 4 Services de soins infirmiers à domicile, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

COCOM

Ces services de soins à domicile peuvent réclamer une subvention forfaitaire annuelle de 0,08 EUR par visite comprenant une prestation de la nomenclature de l'INAMI et de 0,12 EUR par visite dans le cadre d'un forfait de la nomenclature de l'INAMI. Les services de soins à domicile qui travaillent uniquement avec des salariés peuvent réclamer une intervention dans les frais de déplacement. Cette intervention se monte à 700 EUR par ETP infirmier par an¹⁰¹.

COCOF

Il n'existe pas de programmation concrète pour les services de soins infirmiers à domicile. Par conséquent, il n'existe pas non plus de services agréés de soins infirmiers à domicile du côté francophone.

5.3 Offre et contenu

La consommation des soins infirmiers à domicile augmente avec l'âge. Bien que la part des octogénaires dans la Région de Bruxelles-Capitale soit supérieure à celle dans le reste de la Flandre et en Wallonie, il apparaît que l'on fait moins appel aux soins infirmiers à domicile à Bruxelles. A Bruxelles, en 2011, 4.663.147 prestations de soins infirmiers ont été réalisées au total (toutes les prestations confondues – soins à domicile compris), alors qu'en Flandre, ce chiffre se montait à 86.504.801 et en Wallonie à 45.359.040.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi on fait moins appel aux soins infirmiers à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale. L'une d'elles est la structure socioculturelle de la population bruxelloise. A Bruxelles vivent moins d'ouvriers et plus d'employés, de cadres, d'indépendants et de professions libérales. Les groupes socioprofessionnels plus élevés auraient une consommation plus faible de soins infirmiers à domicile. Une deuxième raison de cette sous-utilisation est l'offre insuffisante de soins infirmiers à domicile en raison du manque de personnel et de financement. De même, il est difficile pour un infirmier à domicile d'être actif à Bruxelles en raison des problèmes liés à la sécurité, à la circulation et aux possibilités de parking. Enfin, la population allochtone bruxelloise connaît moins bien les structures de soins à domicile¹⁰².

¹⁰¹ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 4 Services de soins infirmiers à domicile, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹⁰² Pacolet J., Deliège D., Artoisenet C., Cattaert G., V. Coudron V., Leroy X., Peetermans A. en Swine C. (2005). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België*. Leuven/Bruxelles: HIVA-K.U.Leuven/SESA-UCL. Consulté sur http://www.socialezekerheid.fgov.be/docs/fr/publicaties/vergrijzing/rapport_vergrijzing.pdf

Communauté flamande

A Bruxelles-Capitale, deux services de soins infirmiers à domicile ont été agréés en 2011 par la Communauté flamande, plus précisément Thuisverzorging in Solidariteit Asse et Thuisverzorging in Solidariteit Brussel-Oostrand.

Thuiszorg in Solidariteit est une vzw fondée par Solidariteit voor het Gezin qui regroupe toutes les activités et tout le personnel de soins infirmiers à domicile.

COCOM

La COCOM agréée 4 services de soins à domicile :

- Croix Jaune et Blanche

La Croix Jaune et Blanche de Bruxelles fonctionne selon un agrément de service de soins à domicile de la COCOM. Plus de 50 infirmiers y ont un poste fixe. La Croix Jaune et Blanche de Bruxelles offre ses services sur tout le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Le service est en principe bilingue, mais le nombre de prestataires de soins néerlandophones qui est encore en service à l'heure actuelle, est à son minimum absolu. La Croix Jaune et Blanche assume les tâches suivantes :

1. soins infirmiers à domicile selon la nomenclature de l'INAMI ;
2. prévention et promotion de la santé ;
3. soutien psychosocial du malade, accompagnement, collaboration avec l'entourage (famille, prestataires de soins, assistants sociaux), prise de contact en cas d'hospitalisation ;
4. multidisciplinarité, collaboration avec l'hôpital.

- CPAS de Bruxelles – Soutien à domicile

Le CPAS de Bruxelles héberge également un service de soins infirmiers à domicile agréé par la COCOM. Le service de soins infirmiers à domicile dispose d'une policlinique, fournit des soins infirmiers à domicile et oriente les patients si nécessaire. Son ressort se limite à la ville de Bruxelles.

- Soins à domicile Bruxelles

Le département soins à domicile de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant assure la coordination des soins et des soins infirmiers à domicile et des services spécialisés pour les malades, les handicapés ou les personnes âgées.

- Infimedic

Infimedic est un cabinet indépendant d'infirmiers à domicile. Ils sont spécialisés dans l'aide palliative et dans les soins gériatriques et assument un rôle intermédiaire à l'égard des services

de soins à domicile, d'aide ménagère et de repas à domicile. Leur ressort s'étend principalement sur Bruxelles - Haren, Bruxelles - Laeken, Bruxelles - Neder-Over-Heembeek, Evere, Schaerbeek et Woluwe-Saint-Lambert.

COCOF

La COCOF n'a pas d'agrée pour de services spécifiques de soins infirmiers à domicile. Toutefois, les centres agréés de coordination de soins et de services à domicile repris ci-dessous abritent toujours un service de soins infirmiers à domicile. Leur ressort s'étend à toute la Région de Bruxelles-Capitale :

1. Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants de Bruxelles (COSEDI)

Le COSEDI offre des soins infirmiers à domicile selon la nomenclature de l'INAMI, ce sur la base d'équipes de soins infirmiers et d'infirmiers indépendants qui sont actifs sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

2. Centrale de Services à Domicile Bruxelles (CSD)

Le service de soins à domicile de la CSD est également actif dans la Région de Bruxelles-Capitale. Les soins infirmiers à domicile sont réalisés selon la nomenclature de l'INAMI.

3. Soins à Domicile

Le service assure des soins infirmiers à domicile et fait partie de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant.

4. Soins chez Soi

Soins chez Soi abrite un service de soins infirmiers à domicile et travaille conformément à la nomenclature de l'INAMI.

5. Bruxelles-Assistance

Bruxelles-Assistance fournit des soins infirmiers à domicile.

5.4 Alternatives

Outre les services agréés de soins infirmiers à domicile, plusieurs cabinets de groupe agréés par l'INAMI sont actifs à Bruxelles et réalisent des prestations de soins infirmiers à domicile selon la nomenclature de l'INAMI. Suivent une énumération non exhaustive de quelques duos et cabinets. Divers cabinets néerlandophone sont établis en Brabant flamand, mais ont étendu leur ressort à plusieurs communes bruxelloises.

Tableau 2.21 Cabinets de groupes soins infirmiers à domicile RBC

Cabinets de groupes	Zone de travail	Lieu d'implantation	Statut	Statut linguistique
30+30	Région Bruxelles-Capitale	Evere		bilingue
A Priori	Région Bruxelles-Capitale	Ternat	Indépendant	néerlandophone
Antenne Tournesolle	Jette	Jette	salarié	francophone
Arche de Vie		Etterbeek		francophone
Arcus Thuisverpleging	Bruxelles, Ganshoren et Jette	Wemmel	Indépendant	néerlandophone
Briesen Bart-Wolfs Anne	Ixelles, Uccle et Forest	Gaasbeek	Indépendant	néerlandophone
Care Team	Anderlecht, Koekelberg, Berchem-Ste-Agathe et Molenbeek-St-Jean	Schepdaal	Indépendant	néerlandophone
Daily Homecare	Laeken, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Ste-Agathe et Molenbeek-St-Jean	Dilbeek	Indépendant	néerlandophone
De Brug Thuisverpleegkundigen	Anderlecht	Sint-Pieters-Leeuw et agréé comme service de soins infirmiers à domicile (Brabant flamand)	salarié	néerlandophone
De Schakel	Anderlecht, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Ste-Agathe et Molenbeek-St-Jean	Ternat et agréé comme service de soins infirmiers à domicile (Brabant flamand)	salarié	néerlandophone
Ensemble de Mains	Evere, Schaerbeek, St-Josse-ten-Noode, Woluwe-St-Lambert et	Bruxelles		francophone

	Woluwe-St-Pierre			
Entr'aide des Marolles	Bruxelles	Bruxelles	salarié	francophone
Infimax	Anderlecht, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Ste- Agathe et Molenbeek-St-Jean	Ganshoren	Indépendant	néerlandophone
Maison médicale Botanique	St-Josse-ten- Noode et Schaerbeek	St-Josse-ten- Noode	salarié	bilingue
Maison médicale Calendula	Ganshoren, Jette, Koekelberg et Molenbeek-St-Jean	Ganshoren	salarié	bilingue
Maison médicale Cité santé	Brussel-Laeken et Jette	Brussel-Laeken	salarié	bilingue
Maison médicale Couleurs santé	Ixelles et Etterbeek	Ixelles	salarié	francophone
Maison médicale de Forest	Forest	Forest	salarié	bilingue
Maison médicale de Watermael-Boitsfort - Auderghem	Watermael- Boitsfort et Auderghem	Watermael- Boitsfort	salarié	francophone
Maison médicale Duchesse	Molenbeek-St-Jean	Molenbeek-St- Jean	salarié	francophone
Maison médicale Galilée	Région Bruxelles- Capitale	St-Gilles	salarié	francophone
Maison médicale Neptune	Schaerbeek, St- Josse-ten-Noode et Evere	Schaerbeek	salarié	bilingue
Nursing@home	Anderlecht et Molenbeek-St-Jean	Boortmeerbeek	Indépendant	néerlandophone
OCMW Brussel – Ondersteuning ten Huize	Bruxelles	Bruxelles	salarié	bilingue
Onè-Respè Thuiszorg	Anderlecht, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Ste- Agathe et Molenbeek-St-Jean	Asse	salarié	néerlandophone
Santé Chez Soi	Evere, Schaerbeek et St-Josse-ten- Noode	Schaerbeek		francophone
Sociale Actie van Sint-	Woluwe-St-	Woluwe-St-		bilingue

Lambrechts-Woluwe	Lambert	Lambert		
Soins Humains	Région Bruxelles-Capitale	Schaerbeek		francophone
South Brussels Nursing	Ixelles, Uccle, Watermael-Boitsfort	Bruxelles	Indépendant	francophone
Thuishulp Allure	Région Bruxelles-Capitale	Molenbeek-St-Jean		néerlandophone
Thuisverpleegkundigenpraktijk De Kerck - Dridi- Van Bael	Evere, Schaerbeek et St-Josse-ten-Noode		Indépendant	néerlandophone
Viva Domicile	St-Gilles, Uccle et Forest		Indépendant	néerlandophone
Wijkpraktijk Mederi Brussel-West	Anderlecht, Bruxelles, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Sainte-Agathe, Schaerbeek, Molenbeek-St-Jean et St-Josse-ten-Noode	Bruxelles	Indépendant	néerlandophone

Les cabinets infirmiers néerlandophones infirmiers sont principalement actifs dans les communes d'Anderlecht, de Bruxelles, de Ganshoren, de Jette, de Koekelberg, de Berchem-Sainte-Agathe et de Molenbeek-Saint-Jean. Les cabinets de groupe sont le moins actifs dans les communes d'Ixelles, d'Etterbeek, d'Auderghem, de Woluwe-Saint-Pierre et de Watermael-Boitsfort. Notons que nous ne tenons pas compte des nombreux infirmiers indépendants travaillant seuls qui sont actifs dans différentes communes bruxelloises. Les cabinets infirmiers francophones mentionnés opèrent principalement dans les communes d'Evere, de Schaerbeek et de Saint-Josse-ten-Noode. Ici non plus, il n'est pas tenu compte des nombreux infirmiers indépendants.

Par ailleurs, il existe aussi depuis peu Conectar Night. Il ne s'agit pas d'un service de soins infirmiers à domicile comme décrit ci-dessus, mais il vient compléter les services agréés de soins infirmiers à domicile. Ce service est un projet de GDT Conectar en partenariat avec Soins à Domicile Bruxelles, la Croix Jaune et Blanche, les CPAS de Molenbeek-Saint-Jean et de Berchem-Sainte-Agathe et l'hôpital de jour gériatrique de Saint-Luc. Le projet propose des soins infirmiers à domicile pendant la nuit dans toute la Région de Bruxelles-Capitale. Il s'agit d'un complément (et pas d'un remplacement) aux soins de jour pendant les heures où on n'apporte généralement pas de soins (22h-5h).

5.5 Conclusions soins infirmiers à domicile

Les tâches des infirmiers à domicile, à savoir principalement des soins aux personnes, se confondent en partie avec celles des aides-soignants polyvalents des services d'aide aux familles. Souvent, les infirmiers à domicile exécutent seulement les tâches relatives aux soins des personnes, comme la toilette quotidienne. Cette information est confirmée par une étude sur les principales interventions dans les soins infirmiers à domicile ; cette étude révèle que les 2 principales interventions dans ce type de soins sont d'une part l'aide pour le bain/la douche et pour s'habiller et d'autre part les interventions (psycho)sociales et les interventions liées à la (l'im)mobilité¹⁰³. Les aides-soignants des services d'aide aux familles assument également ces tâches. Plus l'usager vieillit, plus les soins en matière d'hygiène occupent une place importante dans les soins dispensés. Une redistribution des missions, une collaboration plus étroite et des initiatives communes de soins infirmiers à domicile et d'aide aux familles sont peut-être nécessaires¹⁰⁴. Des accords financiers sont également requis puisque la contribution nette de l'usager pour des soins infirmiers hygiéniques peut être très faible en raison du remboursement par l'INAMI et que l'usager opte naturellement pour les soins les moins chers possibles¹⁰⁵. Les données de l'INAMI montrent que le nombre de prestations en soins infirmiers attestées aussi bien à domicile que dans des établissements résidentiels est en croissance sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale.

À Bruxelles, les soins infirmiers à domicile offrent encore de nombreuses possibilités de développement puisque la capitale est confrontée à un degré d'institutionnalisation plus élevé qu'en Flandre et en Wallonie. Beaucoup plus de personnes vont directement s'installer dans une maison de repos sans vraiment transiter par les soins infirmiers à domicile¹⁰⁶.

Comme un agrément de la VG comme service de soins infirmiers à domicile constitue une faible plus-value – en effet, cet agrément ne s'accompagne d'aucun subside – les services occupant des infirmiers à domicile néerlandophones ne demandent pas d'agrément aux autorités flamandes. En revanche, ils sont connus à l'INAMI comme services de soins infirmiers à domicile et travaillent selon la nomenclature de l'INAMI. Ces dernières années à Bruxelles, l'offre de services de soins infirmiers à domicile agréés par la Flandre n'a pas augmenté. Seul le service « Solidariteit voor het Gezin » dispose encore d'un agrément flamand comme service de soins infirmiers à domicile. Certains services ont restitué leur agrément comme service de soins

¹⁰³ De Vliegheer K., Legiest E., Paquay L., Wouters R., Debaille R. et Geys L. (2002). *Enquête « Détermination des interventions de base dans les soins infirmiers à domicile »*. Enquête réalisée à la demande du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement par la Fédération flamande des services de soins à domicile. Rapport d'enquête : 345.01.1. Consulté sur <http://www.vfdt.be/Bestanden/rapportkit.pdf>

¹⁰⁴ Cour des Comptes (2007). « *Subsidiëring van de thuiszorg* ». *Rapport de la Cour des Comptes au Parlement flamand*. Document 37-E (2006-2007) – N° 1.

¹⁰⁵ Dans la pratique, les services de soins infirmiers à domicile sont généralement gratuits étant donné que la mutuelle intervient dans le ticket modérateur et que les infirmiers à domicile indépendants ne facturent pas non plus le ticket modérateur afin d'être concurrentiels. Toutefois, dans les régions comme Bruxelles, où les soins infirmiers à domicile sont en pénurie, le ticket modérateur ou un forfait sont parfois facturés.

¹⁰⁶ Pacolet J., Merckx S., Peetermans A. (2007). *Is de thuiszorg onderontwikkeld in Vlaanderen en België ? (Les soins à domicile sont-ils sous-développés en Flandre et en Belgique ?) Onderzoek naar de ontwikkelingsmogelijkheden van de thuiszorg in het algemeen en de thuisverpleging in het bijzonder* (Étude sur les possibilités de développement des soins à domicile en général et des soins infirmiers à domicile en particulier). HIVA-K.U. Leuven et VFDT, Leuven et Bruxelles, 2007.

infirmiers à domicile parce qu'il entraînait beaucoup de travail administratif pour une faible plus-value.

La COCOM reconnaît 4 services de soins infirmiers à domicile : Wit-Gele Kruis, CPAS Bruxelles - Ondersteuning ten huize, Thuiszorg Bruxelles et Infimedic. La COCOF ne reconnaît pas de services spécifiques pour les soins infirmiers à domicile. Pourtant, la COCOF connaît services d'infirmières à domicile COCOF. Ces services sont principalement dirigés à partir de centres de coordination de soins et services à domicile, actifs dans toute la région (Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants de Bruxelles, Centrale de Services à Domicile Bruxelles, Soins chez Soi et Bruxelles-Assistance).

Des services agréés pour les soins infirmiers à domicile établis dans le Brabant flamand, mais aussi des pratiques de soins infirmiers sans agrément flamand étendent leurs activités à quelques communes bruxelloises, principalement les communes situées dans la partie nord-ouest comme Anderlecht, Bruxelles, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Berchem-Ste-Agathe et Molenbeek-St-Jean. Des services francophones non agréés s'adressent aux communes du nord-est. Il est frappant de constater que les pratiques de groupe interviennent moins dans les communes du sud-est, à savoir Auderghem, Etterbeek, Woluwe-Saint-Pierre et Watermael-Boitsfort.

On remarque une grande variété parmi les infirmiers à domicile : certains travaillent seuls, d'autres en duo ou en groupe. De nombreux infirmiers à domicile travaillent sous le statut d'indépendant, d'autres comme travailleurs dans un service. Les services agréés de soins infirmiers à domicile en Brabant flamand engagent les infirmiers comme travailleurs, tandis que les pratiques de groupe composées d'infirmiers indépendants ne demandent pas d'agrément comme service de soins infirmiers à domicile.

Le champ d'activité des infirmiers à domicile s'étend sur toute la région de Bruxelles, mais le terrain d'un seul infirmier ou d'un groupe d'infirmiers à domicile se limite principalement à quelques communes.

Le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale est confronté à une pénurie générale d'infirmiers à domicile. Pour garantir une prestation de services optimale, on compte deux infirmiers à domicile pour 1.000 habitants. À l'heure actuelle, environ 700 infirmiers à domicile sont actifs sur le territoire bruxellois, alors qu'il en faudrait au minimum 2.000. Ce déséquilibre est en partie corrigé par quelques infirmiers à domicile de la Périphérie qui étendent leur terrain d'activité à Bruxelles.

6. Service d'assistance sociale de la mutualité

6.1 Description

Communauté flamande

Un **service d'assistance sociale de la mutualité** est une structure ayant comme missions d'offrir de l'aide et des services aux usagers et à leurs aidants proches, en particulier s'ils éprouvent des problèmes permanents ou temporaires dus à une maladie, à un handicap, à la vieillesse ou découlant de leur fragilité sociale¹⁰⁷.

Les activités suivantes doivent en tout cas être déployées¹⁰⁸:

1. offrir du soutien aux usagers ou leurs aidants proches lors de l'orientation de leurs demandes en aide et en soins, partant de l'éclaircissement et la précision de leur demande ou orienter ces personnes vers les services organisés de soins à domicile ;
2. mettre les usagers et les aidants proches à même d'épuiser leurs droits au maximum et d'avoir un accès maximal aux soins moyennant l'information, les conseils, le soutien et la médiation ;
3. offrir du soutien administratif et psychosocial, quand les forces ou les compétences des usagers ou aidants proches leur font défaut ;
4. évaluer la capacité d'autonomie ;
5. approcher de manière proactive les usagers présentant une indication de capacité d'autonomie réduite ;
6. proposer dans les cas de besoins en soins complexes ou si un changement dans les soins s'impose, la possibilité d'un accompagnement et d'un soutien de longue durée, permettant à l'utilisateur de faire appel à un prestataire professionnel de soins à chaque phase de sa trajectoire personnelle de soins ;
7. signaler les obstacles au niveau politique.

COCOM

Les centres d'assistance sociale sont désignés comme des centres généraux d'aide sociale. A l'article 3, 2° de l'*Ordonnance relative aux centres et services de l'aide aux personnes du 7 novembre 2002*, les missions suivantes sont attribuées aux centres généraux d'aide sociale :

1. l'accueil social : offrir à toute personne qui en fait la demande, un premier accueil, une analyse de sa situation, une orientation, un accompagnement et un suivi pour favoriser le développement du lien social et un meilleur accès de la personne aux équipements collectifs et à ses droits fondamentaux, en sollicitant ses capacités propres, par des

¹⁰⁷ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.14, Moniteur belge, 14 mai 2009.

¹⁰⁸ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.14, Moniteur belge, 14 mai 2009.

actions collectives, communautaires ou individuelles et/ou offrir, seuls ou en collaboration avec d'autres organismes, une aide sociale et un accompagnement psychologique aux prévenus, détenus, ex-détenus ou libérés conditionnels ainsi qu'à leurs proches, qui le demandent ;

2. le planning : offrir à toute personne, tout couple ou toute famille qui en fait la demande, un accueil, une information et un accompagnement psychologique, social et médical, en ce qui concerne leur vie affective et sexuelle.

Les pouvoirs organisateurs suivants sont autorisés à fonder un centre général d'aide sociale :

- un CPAS de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- une association formée d'1 ou plusieurs CPAS de Bruxelles-Capitale et d'autres pouvoirs publics de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- une commune de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- une intercommunale composée exclusivement de communes de la Région de Bruxelles-Capitale ;
- une mutualité ou une union nationale de mutualités ;
- une personne morale accordant la personnalité civile aux ASBL et aux établissements d'utilité publique¹⁰⁹.

COCOF

Un **centre d'action sociale globale** est un service ambulatoire qui a pour but de rétablir ou d'améliorer la relation entre la personne et la société et inversement. L'action sociale vise prioritairement à lutter contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes¹¹⁰. L'aide est principalement apportée aux personnes, familles et groupes isolés par des assistants sociaux et des infirmiers. La mission d'un tel centre est de développer l'action sociale globale en assurant aux bénéficiaires un premier accueil ainsi qu'une analyse de leur(s) situation(s) problématique(s), une orientation, un accompagnement et un suivi. L'action sociale globale est basée sur l'action collective, l'action sociale communautaire et l'aide individuelle¹¹¹.

¹⁰⁹ COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes, art.4, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

¹¹⁰ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art. 2, 7°, Moniteur belge, 8 mai 2009.

¹¹¹ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art. 2, 7°, Moniteur belge, 8 mai 2009.

6.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Le programme pour les services d'assistance sociale des mutualités comprend des chiffres de programmation pour le nombre de membres du personnel par union de mutualités. Les chiffres de programmation pour la région néerlandophone et la région bilingue de Bruxelles-Capitale sur la base de paramètres objectifs, sont fixés comme suit par union :

- par 10.000 personnes qui sont potentiellement éligibles au remboursement de prestations de santé dans le cadre de la facture maximale sociale : 0,69 ETP ;
- par 10.000 personnes qui bénéficient effectivement d'un remboursement des prestations de santé dans le cadre de la facture maximale sociale : 3,08 ETP ;
- par 10.000 personnes avec au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale qui est utilisée pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'enquête du droit à l'allocation d'intégration, aide aux personnes âgées et aide aux tiers : 52,79 ETP ;
- par 10.000 invalides : 4,68 ETP;
- par 10.000 membres affiliés : 0,034 ETP;
- par 10.000 membres affiliés, âgés de plus de 80 ans : 3,61 ETP.

Le ministre arrête la façon dont le nombre d'ETP programmés par union est réparti sur les services agréés d'assistance sociale appartenant à la même union¹¹². Une enveloppe subventionnelle annuelle est octroyée à un service agréé, qui est composée d'un montant forfaitaire – indexé annuellement – de 33.870,59 euros par équivalent à temps plein agréé¹¹³. Le montant de la subvention pour 2011 se montait à 35.773,05 euros.

COCOM

La programmation est notamment déterminée sur la base des activités des centres et services, de leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs structures. Il est tenu compte des besoins généraux et spéciaux de la population dont ils doivent s'occuper et des exigences d'une gestion saine, ainsi que des perspectives afférentes à leur développement qui sont de nature à pouvoir influencer la programmation. La programmation est également axée sur une répartition équitable des centres et services entre les différents pouvoirs organisateurs sur le territoire de Bruxelles-Capitale¹¹⁴.

¹¹² *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 5 Services d'assistance sociale de la mutualité, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹¹³ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.2 de l'Annexe 5 Services d'assistance sociale de la mutualité, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹¹⁴ *COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes*, art.4, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

Le subventionnement établi par le Collège réuni concerne :

- les frais réels du personnel admis à la subvention par le Collège réuni ;
- les frais pour la formation permanente du personnel admis à la subvention ;
- les frais de fonctionnement et d'équipement du centre ou du service¹¹⁵.

Pour les centres d'action sociale qui dépendent d'une mutualité, un montant maximum de 3.860,65 EUR est attribué par ETP pour les 3 premiers assistants sociaux et 1.930,33 EUR pour les autres assistants sociaux¹¹⁶.

COCOF

Le Collège de la COCOF fixe au moins tous les 5 ans et par secteur le nombre maximum de services ambulatoires agréés et le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer¹¹⁷. La COCOF agréée actuellement 10 centres d'action sociale globale. L'effectif minimum pour un centre d'action sociale globale se compose au moins de 2 assistants sociaux. Le temps de travail subventionné pour la coordination générale et la fonction administrative est associé au temps de travail subventionné de la fonction sociale. Le montant de la subvention relative aux frais de fonctionnement du centre d'action sociale globale est calculé en fonction du cadre agréé et est limité comme suit:

- 14.000 EUR à partir de 2,50 ETP ;
 - 15.850 EUR à partir de 3,50 ETP ;
 - 17.700 EUR à partir de 4,50 ETP ;
 - 19.450 EUR à partir de 5,50 ETP ;
 - 21.450 EUR à partir de 7,00 ETP.

Les montants relatifs aux frais de collaboration entre les centres d'action sociale globale sont limités à 250 EUR par centre et par an¹¹⁸.

¹¹⁵ COCOM (2002). Ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux services et centres de l'aide aux personnes, art.4, Moniteur belge, 27 novembre 2002.

¹¹⁶ COCOM (2009). Arrêté ministériel du 2 mars 2009 déterminant les frais de fonctionnement des centres et services de l'aide aux personnes, art.1, 5°, b), Moniteur belge, 8 octobre 2009.

¹¹⁷ COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.3, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

¹¹⁸ COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission Communautaire Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'aide sociale, de la famille et de la santé, art.3, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

6.3 Offre et contenu

Communauté flamande

La Communauté flamande agréée et subventionne à Bruxelles 4 services d'assistance sociale hébergés dans une mutualité.

1. Service d'assistance sociale Sint-Michielsbond (Mutualité chrétienne)

Le service d'assistance sociale prodigue des informations et des conseils sur les interventions et les droits sociaux, l'aide administrative et sociale, l'aide en cas d'organisation de soins à domicile, comme les alarmes personnelles et les courts séjours. Les demandes des clients se répartissent sur 4 grands domaines, à savoir les soins à domicile (38 %), la *zorgverzekering* (19 %), l'assurance maladie et invalidité (18 %) et les soins pour les personnes handicapées (14 %). Le service touche principalement les seniors et les personnes très âgées¹¹⁹.

2. Service d'assistance sociale de la Mutualité libre Partena & Partners

Le service accorde une attention spéciale aux personnes malades, âgées et handicapées. Les clients peuvent s'adresser à lui pour toute question afférente aux soins à domicile, au transport des malades, à la *zorgverzekering* flamande, à des conseils ergothérapeutiques, à un avis juridique, à l'incapacité de travail, aux avantages et interventions et à l'accueil temporaire ou permanent.

3. Service d'assistance sociale de la Mutualité libre Securex

Le service d'assistance sociale met l'utilisateur au courant de l'administration de la sécurité sociale, accompagne l'utilisateur dans le cadre des demandes d'intervention pour les personnes handicapées, de revenus de remplacement, d'incapacité de travail, etc. ; et assure un suivi.

4. Service d'assistance sociale de la Mutualité libérale du Brabant flamand à Bruxelles

Ce service d'assistance sociale est gratuit et accessible à tous. Le fonctionnement est toutefois spécifiquement axé sur les personnes âgées et dépendantes, les personnes malades et handicapées ainsi que celles souffrant de problèmes de santé chroniques. L'utilisateur peut s'adresser à ce service pour obtenir des informations, des conseils et un soutien ; pour un accompagnement à propos de questions liées aux soins à domicile ; pour une indication afférente à la *zorgverzekering* flamande et pour toutes sortes de questions afférentes aux soins pour les handicapés.

¹¹⁹ Rapport annuel Centre général d'aide sociale CM Sint-Michielsbond Bruxelles : l'offre concrète 2008 et les activités.

COCOM

La COCOM agréée et subventionne différents services d'assistance sociale sont liés à une mutualité.

- Centre de service social Euromut

Ce service offre une assistance sociale, coordonne l'aide et les soins à domicile et prodigue des conseils afférents aux séjours de soins.

- Centre de service social Fédération des Mutualités socialistes du Brabant

Le service social traite les demandes de dossier relatives à l'aide aux familles ou ménagère, la pension, la bourse d'étude, la cure de convalescence, le logement social, les interventions et l'incapacité de travail. Pour les personnes handicapées, on examine les possibilités de revalidation. Par ailleurs, une aide est fournie en cas d'administration personnelle et un soutien psycho-médico-social est fourni.

- Centre de service social de la Mutualité libérale du Brabant

On peut s'adresser à ce centre notamment pour obtenir une aide dans la recherche de la solution la mieux appropriée pour les problèmes sociaux, psychologiques, ou financiers, une aide afin de remplir toutes sortes de documents, des informations sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, l'assurance complémentaire (transport des malades, assurance hospitalisation) et des renseignements sur votre pension.

- Centre de service social Partenamut

Aide sociale et administrative dans le cadre d'interventions pour des personnes handicapées, organisation de l'aide et des soins à domicile, courts séjours...¹²⁰.

- Mutualité du Transport et des Communications

COCOF

La COCOF agréée et subventionne divers services d'assistance sociale dont 1 est hébergé dans une mutualité.

Centre de Service Social Mutualité Saint-Michel

Le service social offre une aide sociale et administrative, organise le séjour de convalescence et l'accueil de courte durée. Le service des pensions se tient à la disposition des usagers pour toute information, estimation du montant de la pension de retraite, etc.

¹²⁰ COCOM (2009). Arrêté ministériel du 2 mars 2009 déterminant les frais de fonctionnement des centres et services de l'aide aux personnes, art.1, 5°, b), Moniteur belge, 8 octobre 2009.

6.4 Conclusions services d'aide sociale de la mutualité

En Flandre, les services d'assistance sociale de la mutualité, anciennement « ingebouwde centra voor algemeen welzijnswerk (ICAW) », ne font plus partie du décret relatif à l'aide sociale générale, mais du *Woonzorgdecreet*. Les services d'assistance sociale de la mutualité connaissent une forte croissance en Flandre. Le transfert de ces services du secteur de l'aide sociale générale vers les soins à domicile confère une direction claire aux missions de ces centres.

Il n'existe pas de véritable pendant à ces services à la COCOM ou à la COCOF car, en Flandre, l'implantation n'est possible que dans les mutualités, alors que les possibilités sont beaucoup plus nombreuses à la COCOM et à la COCOF. Les communes, les CPAS, des intercommunales, des ASBL etc. peuvent aussi prévoir et offrir de tels services. De cette manière, les administrations locales peuvent avoir un plus grand impact sur l'ensemble.

Quelques mutualités proposent un service d'aide sociale comparable en termes de missions et de prestation de services. À l'heure actuelle, ces services travaillent sous un agrément flamand comme service d'aide sociale de la mutualité, sous un agrément de la COCOM comme centre d'action sociale et sous un agrément de la COCOF comme centre de service social.

Il est frappant de constater qu'un service implanté dans une mutualité formule une demande d'agrément auprès de la VG, la COCOF ou la COCOM. Aucun service ne possède un double agrément, à l'exception de Partena ou des mutualités sœurs (CM-VG et MC-COCOF). L'implantation du service au sein de la mutualité garantit une prestation de services accessibles à tous puisqu'en théorie, toute personne est affiliée à une mutualité. Cela augmente l'accessibilité à l'aide aux familles et, en principe, l'orientation vers le service d'aide sociale de la mutualité.

7. Centre de services local

7.1 Description

Communauté flamande

Un **centre de services local « Lokaal Dienstencentrum » (LDC)** est une structure qui offre, d'une part, des activités de nature informative, éducatrice et récréative générale afin de renforcer chez les usagers leur autonomie et leur réseau social (en concertation avec les associations et les organisations offrant des activités similaires) ; et d'autre part de l'aide aux activités de la vie quotidienne¹²¹. Chaque service LDC est tenu, sur la base ou non d'un accord de coopération, de déployer au moins les activités suivantes :

- organiser des activités de nature informative, éducatrice et récréative générale ;
- offrir des soins d'hygiène ;
- offrir des repas chauds ;
- offrir de l'aide aux courses ;
- offrir de l'aide au bon voisinage ;
- prendre ou soutenir des initiatives stimulant ou accroissant la mobilité des usagers¹²².

Pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale, quelques conditions spécifiques d'agrément sont d'application en ce qui concerne le nombre d'activités de nature informative, récréative et éducatrice générale à organiser ; et l'infrastructure¹²³. Un LDC agréé peut prêter des appareils d'alarme personnelle et organiser une centrale d'alarme personnelle, le cas échéant sur la base d'un partenariat. Seuls les LDC agréés dans la région de Bruxelles-Capitale peuvent coordonner une concertation multidisciplinaire en faveur de personnes souffrant d'une capacité d'autonomie fortement réduite, pour lesquelles, outre des aidants proches, différents dispensateurs de soins professionnels et/ou volontaires sont impliqués, conformément à l'Article 21, §2 du *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*¹²⁴.

COCOM

La COCOM n'agrée ni ne subventionne aucun pendant identique au centre de services local.

¹²¹ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.16, Moniteur belge, 14 mai 2009.

¹²² Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.16, Moniteur belge, 14 mai 2009.

¹²³ Gouvernement flamand (2009). *Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*, art.6 de l'Annexe 6 Centres de services locaux., Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹²⁴ Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.18, Moniteur belge, 14 mai 2009.

Les centres des communes et des CPAS constituent une alternative convenable : maisons de quartier pour les personnes âgées et nécessiteuses, restaurants sociaux, centres récréatifs pour personnes âgées.... Ces centres se rapprochent fort des LDC en termes de mission et de prestation de service. Des activités sociales, éducatives et tertiaires sont organisées pour les seniors nécessiteux et les personnes vulnérables sur le plan social. Ces services proposent communément de l'aide aux activités de la vie quotidienne, l'organisation d'activités informatives et socioculturelles, un accompagnement psychosocial et un restaurant social. Quelques initiatives sociales offrant des services comparables disposent d'un agrément d'un centre d'assistance sociale de la COCOM.

COCOF

On ne trouve pas de correspondant officiellement agréé pour le LDC du côté de la COCOF. On note certes quelques initiatives au niveau des activités socio-culturelles et de détente pour les seniors, l'aide sociale et administrative et les repas chauds. Certains de ces projets sont reconnus dans le cadre du *Projet communal de cohésion sociale* de la COCOF.

7.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Dans une commune de la zone linguistique néerlandophone et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, un LDC peut être créé par tranche entamée de 15.000 habitants¹²⁵. Par le biais des critères d'évaluation relatifs à la programmation des LDC tels que décrits dans l'*Arrêté ministériel du 30 avril 1999*, on a prévu l'implantation de 24 LDC sur le territoire de la Région Bruxelles-Capitale. Au 31 décembre 2011, le taux de réalisation pour les LDC de Bruxelles-Capitale atteignait 50%, soit 12 au total. A titre complémentaire, le VGC a accordé des subsides de départ à cinq responsables d'initiatives pour le développement d'un centre de services locaux. A un stade ultérieur, ces cinq initiatives devraient obtenir une reconnaissance définitive de la Flandre¹²⁶.

Dans le cadre de l'accord VIA, l'enveloppe de subsides est augmentée chaque année et les LDC situés dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ont dès lors reçu une subvention de 35.408,30 EUR en 2011. A titre de comparaison, les LDC agréés situés en Flandre ont touché, pour 2011, 29.623,16 EUR. Un subside pour l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes

¹²⁵ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et aux régimes de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.3 de l'Annexe 6 Centres de services locaux., Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹²⁶ Chiffre de programmation pour 2011 provenant de la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

est également prévu avec un montant maximal de 495,78 EUR par appareil mis à disposition d'un utilisateur résident autonome¹²⁷. Le montant du subside pour l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes peut atteindre 4.957,80 EUR maximum par an¹²⁸. Un LDC peut demander un subside pour 10 appareils maximum par an. Un LDC peut être subventionné pour 30 appareils maximum sur toutes les années prises en considération. Une fois que ce plafond est atteint, un subside ne peut plus être accordé que pour des appareils destinés à en remplacer d'autres précédemment subventionnés, qui ont été achetés au moins 4 ans auparavant¹²⁹. Le montant maximal des subsides pour les appareils de télévigilance pour personnes était de 272.000 EUR en 2011 (montant englobant à la fois les LDC et RDC). L'achat d'appareils PAS n'a cependant pas été réalisé par les LDC en 2011. Pour la coordination de la concertation multidisciplinaire, le LDC peut en outre toucher une indemnité de la SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg / Initiative de collaboration de soins de première ligne).

De plus, le VGC octroie chaque année à un LDC reconnu par la Communauté flamande, un subside complémentaire pour les frais de fonctionnement et le coût salarial du directeur du centre. Si une commune ou un CPAS est à la base de l'initiative, la subvention du VGC pour les centres de services locaux consiste en un subside de fonctionnement. Les nouvelles initiatives peuvent bénéficier d'un subside salarial pour un collaborateur et d'un subside de fonctionnement après dépôt d'une demande d'agrément de principe auprès du VG¹³⁰. Si l'initiative émane d'une ASBL néerlandophone, ce qui est le cas pour chaque LDC bruxellois, les subsides se présentent comme suit :

1. 51.279 EUR (= 51.165 EUR à titre de subside salarial lié aux années d'ancienneté + 114 EUR de prime de formation) de subside salarial pour un directeur de centre à temps plein (fonction dirigeante);
2. 14.840 EUR de subside de fonctionnement.

Si un LDC est créé par une commune ou un CPAS, un subside de fonctionnement de 12.400 EUR est accordé¹³¹. Un LDC non encore agréé ou subventionné par le VG peut toucher des subsides de départ du VGC pour 3 années consécutives. Si le preneur d'initiative est une ASBL, le subside de départ pour une nouvelle initiative se compose de :

- 43.394 EUR (43.280 EUR à titre de subside salarial + 114 de prime de formation) de subside salarial pour un collaborateur temps plein (fonction de staff);

¹²⁷ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du Gouvernement flamand du 24 juillet 2009 relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et aux régimes de subventionnement de structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art. 7, §1 et §2 l'Annexe 6 Centres de services locaux., Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹²⁸ Gouvernement flamand (2004). Arrêté du Gouvernement flamand du 5 décembre 2003 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 décembre 1998 portant agrément et subventionnement des associations et des structures d'aide sociale dans le cadre des soins à domicile, art. 2, 2°, Moniteur belge, 16 janvier 2004.

¹²⁹ Gouvernement flamand (2007). Arrêté ministériel du 24 septembre 2007 modifiant l'arrêté ministériel du 14 novembre 2000 fixant les règles détaillées relatives à l'octroi de subvention en vue de l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes, art.2, Moniteur belge, 6 novembre 2007.

¹³⁰ VGC (2005). *écision de collège n° 05/381 du 14 juillet 2005 portant entérinement de l'ordonnance 05/03 portant les conditions d'agrément et de subventionnement pour les centres de services locaux*, art.17 et art.18, Moniteur belge, 5 octobre 2005.

¹³¹ VGC (2005). *écision de collège n° 05/381 du 14 juillet 2005 portant entérinement de l'ordonnance 05/03 portant les conditions d'agrément et de subventionnement pour les centres de services locaux*, art.17 et art.18, Moniteur belge, 5 octobre 2005.

- 7.440 EUR de subside de fonctionnement¹³².

Tableau 2.22 Montant des subsides 2011 LDC : subside salarial, prime de formation et subside de fonctionnement¹³³

LDC	Subside salarial et prime de formation	Subside de fonctionnement
LDC Het Anker	61.320	14.840
LDC De Vaartkapoen	76.170	14.840
LDC De Harmonie	58.106	14.840
LDC Forum	58.257	14.840
LDC Chambéry	54.008	14.840
LDC De kaai	66.627	14.840
LDC Randstad	57.094	14.840
LDC Cosmos	67.170	14.840
LDC Parkresidentie	67.170	14.840
LDC Aksent Schaerbeek	59.880	14.840
LDC Aksent Evere	52.851	14.840
LDC De Zeyp	62.224	14.840

7.3 Offre et mise en œuvre

Communauté flamande

Actuellement, 12 LDC sont reconnus. Le schéma ci-dessous reprend une liste des Centres de services locaux de la Région bruxelloise. Le LDC's LLps, Lotus, Vives, Zoniënzorg-Nord et -Sud attendent cependant encore un agrément de la Communauté flamande. Pour le moment ils sont en phase de démarrage subventionnées par la VGC. Pour répondre aux conditions d'agrément du *Décret sur les soins et le logement*, le LDC est supposé accomplir 10 activités, sur la base ou non d'un accord de coopération :

1. remplir une fonction préventive pour des personnes nécessitant un début de soins;
2. pour les activités d'information générale, des informations sont dispensées de manière active à un groupe d'utilisateurs. Les activités informatives se font la plupart du temps sous formes de séances consacrées à des thèmes divers, comme l'utilisation d'un gsm, la maladie et la santé, l'administration personnelle, etc.;

¹³² VGC (2005). *écision de collège n° 05/381 du 14 juillet 2005 portant entérinement de l'ordonnance 05/03 portant les conditions d'agrément et de subventionnement pour les centres de services locaux*, art.17 et art.18, Moniteur belge, 5 octobre 2005.

¹³³ Montants des subsides 2011 provenant de la Commission Communauté flamande, département Bien-être, Santé et Famille.

3. une offre facultative d'activités récréatives doit être disponible dans un centre. Par activités créatives on entend: petites excursions, ateliers créatifs, après-midi ludiques, petites fêtes etc.;
4. un LDC propose des activités de type formatif. Cela peut aller des cours de langues et d'informatique à l'entretien de la mémoire et la gymnastique;
5. 2 formes d'aides au moins doivent être offertes pour des activités de la vie quotidienne, en particulier les soins hygiéniques. Cela signifie que dans certains LDC on peut utiliser un lave-linge et du matériel de repassage ou avoir recours à un atelier couture/service retouches tandis que d'autres offrent des soins de pédicure/manucure, mettent un badge à disposition ou offrent une aide pour des interventions médicales légères;
6. pour l'offre de repas, le centre doit au moins se tourner vers la population locale précarisée. Certains centres de services (comme Chambéry, Cosmos, De Harmonie et De Vaartkapoen) disposent de facilités permettant de proposer des repas chauds chaque jour dans leur restaurant social, de les porter à domicile ou de les livrer à d'autres LDC. Certains centres de services préparent eux-mêmes des repas chauds mais se limitent à quelques jours par semaine (Forum, Randstad, Aksent, De Zeyp). Les demandes de repas à domicile sont transmises par la plupart des LDC à un traiteur, au CPAS ou à la mutualité;
7. une assistance est fournie aux usagers qui, vu les soins requis dans leur chef, ne sont plus en mesure d'accomplir leurs démarches personnelles et administratives et de faire leurs courses ménagères. Les LDC bruxellois disposent d'un service shopping permettant aux usagers de faire des achats groupés à des dates fixes, en recourant au moyen de transport du LDC ou à un LDC lié par un accord de partenariat;
8. l'aide proche passe par l'organisation, le soutien et le suivi d'activités et initiatives renforçant le réseau social, la communication et le sentiment de sécurité. Plusieurs LDC participent à la concertation avec divers acteurs locaux. Il peut s'agir d'organiser des fêtes de quartier, des petits-déjeuners de proximité etc. mais aussi de contacts avec les assistants de prévention et de sécurité;
9. les centres prennent ou soutiennent des initiatives permettant ou augmentant la mobilité des usagers par la mise en place d'un service de transport. Divers LDC collaborent avec les Transports sociaux bruxellois ou disposent de leur propre mode de transport (entre autres Chambéry, Cosmos, Het Anker, De Harmonie, De Vaartkapoen, De Zeyp). Certains LDC dépourvus de transport nouent des liens de coopération avec un LDC qui dispose de moyens de transport;
10. bien que les LDC soient autorisés à prêter des systèmes de télévigilance et d'organiser un système central de télévigilance, aucun LDC bruxellois n'est actif sur ce terrain. Les centres de services régionaux sont en revanche présents à ce niveau.

Outre le répertoire obligatoire d'activités à accomplir que tous les LDC offrent soit de façon autonome soit en collaboration, les LDC se distinguent les uns des autres en mettant certains accents dans leur fonctionnement.

Tableau 2.23 LDC agréés dans la Région de Bruxelles-Capitale 2011

Commune	LDC agréés	LDC en phase de démarrage, moyens VGC
Anderlecht	LDC Cosmos	
Anderlecht	LDC De Kaai	
Anderlecht		LDC Vives
Bruxelles	LDC Het Anker	
Bruxelles	LDC Forum	
Bruxelles	LDC De Harmonie	
Etterbeek	LDC Chambéry	
Evere	LDC Aksent Evere	
Ganshoren	LDC De Zeyp	
Jette	LDC Parkresidentie	
Auderghem		LDC Zoniënzorg-Zuid
Schaerbeek	LDC Aksent Schaerbeek	
Berchem-Ste-Agathe		LDC Ellips
Molenbeek-St-Jean	LDC Vaartkapoen	
Molenbeek-St-Jean	LDC Randstad	
Woluwe-St-Pierre		LDC Zoniënzorg-Noord
Uccle		LDC Lotus

COCOM

Les initiatives communales et de CPAS énumérées ci-après se rapprochent fortement de celles des LDC. Ces initiatives offrent une large gamme de services et d'activités à l'usage de personnes démunies ou socialement précarisées et de personnes âgées dans une commune ou un quartier déterminé. Ces organisations prévoient une offre intégrée de services, repas, travail de formation socio-culturel, activités de détente, avis et information, délasserment et soutien psychosocial.

Tableau 2.24 Initiatives communales et de CPAS partiellement comparables au LDC

Commune	Initiatives	Sous-initiatives commune/ CPAS
Anderlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Agora Restaurant • Restaurant Craps • Restaurant Wayez • Centrum Bospark • Dienstencentrum Peterbos 	commune
Bruxelles	<p>Maisons de quartier de ville de Bruxelles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maison de quartier Wasserij • Maison de quartier Millennium • Maison de quartier Krakeel • Maison de quartier Noord-Oost • Maison de quartier Trefpunt S • Maison de quartier Mellery • Maison de quartier Modèle • Maison de quartier Haren • Maison de quartier Nachtegaal 	commune
Ixelles	<ul style="list-style-type: none"> • Resto-club Boondaal • Resto-club Denise Yvon • Resto-club Malibrans • Resto-club Tenbos • Resto-club Villa Mathine 	commune
Evere	<ul style="list-style-type: none"> • Maison de quartier Platon • Resto de quartier 	commune CPAS
Ganshoren	<ul style="list-style-type: none"> • Club 112 	commune
Auderghem	<ul style="list-style-type: none"> • Resto De Paradijvogels 	CPAS
Schaerbeek	<ul style="list-style-type: none"> • Centre Pater Baudry 1 • Centre Pater Baudry 2 	commune
St-Gilles	<ul style="list-style-type: none"> • Onze Club • Onze Kring • Séniors sans frontières 	commune commune CPAS
Molenbeek-St-Jean	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ontmoetingscentrum Marie-José 2. Sociaal Restaurant Snijboontje 	CPAS
St-Josse-ten-Noode	<ul style="list-style-type: none"> • Foyer Post 	CPAS
Woluwe-St-Lambert	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de seniors Malou Seniors 	commune

Uccle	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum Karmelieten • Centre Kriekenput • Centre Neerstalle • Centre Vanderkindere • Centre Wolvendael • Zaal 1180 	commune
Forest	<ul style="list-style-type: none"> • Senioreclub Bempt • Senioreclub Berlioz • Senioreclub Marconi 	commune

COCOF

La carte sociale de Bruxelles comprend quelques initiatives offrant des activités socio-culturelles et de détente pour les personnes âgées ainsi qu'une aide sociale et administrative et des repas chauds. Certains de ces projets s'inscrivent dans le cadre de la reconnaissance *Projet communal de cohésion sociale* de la COCOF.

1. Centre d'Accueil de Jour - 3e âge- Aegidium (Saint-Gilles)

Ce centre bénéficie de l'agrément de la COCOF en tant que centre proposant un accueil de jour. Ce centre de jour pour personnes âgées semi-valides organise des activités d'animation (expression corporelle, excursions, jeux de société, tests de mémoire...). Il fournit des repas et des informations sociales ainsi qu'une aide sur le plan de l'hygiène personnelle. Des soins de pédicure et kinésithérapie ainsi que des soins capillaires peuvent être prévus sur demande.

2. Association d'Insertion de Liberté et d' Echange (Etterbeek)

Ce projet de cohésion sociale dans les habitations sociales du quartier de Boncelles est reconnu par la COCOF et a la dessein de créer un espace de rencontre intergénérationnel et interculturel. On y organise des activités pour enfants et adultes et des leçons de gymnastique sont dispensées pour des femmes de 18 à 99 ans; des leçons d'alphabétisation et des activités de détente pour seniors sont également prévues. Resto'Aile prévoit des repas interculturels, préparés le dimanche par les habitants du quartier.

3. Atoll (Etterbeek)

Ce *projet communal de cohésion sociale* prévoit une activité de jour destinée aux personnes âgées et organise des activités culturelles et artistiques ainsi que des séances de gymnastique adaptées et soutient les projets personnels des usagers. Le projet met sur pied diverses activités telles que cuisine, jardinage, débats autour de certains thèmes... Une place est également réservée aux rencontres intergénérationnelles et interculturelles.

4. Centre de Service Social Bruxelles Sud-Est

Cette association est active sous l'agrément de *Centre d'action sociale globale* et propose une aide sociale et administrative, des possibilités de rencontres ainsi que des activités et excursions pour seniors. Le centre englobe quatre zones d'activité: Quartier Boondael (Ixelles), La Chasse (Etterbeek), Brugmann (Ixelles) et La Gerbe (Schaerbeek).

5. Foyer Liedekerke (Saint-Josse-ten-Noode)

Le Foyer regroupe un restaurant social, un club de seniors et un espace rencontres. Foyer Liedekerke fait partie de la Maison de la Famille et bénéficie d'un subside de la COCOF à titre de *projet communal de cohésion sociale*.

6. Club Amitié (Saint-Gilles)

Le Club fait partie du Service Social Juif et organise diverse ateliers, cours, conférences, ciné-clubs, excursions pour les plus de 50 ans. Un restaurant social est disponible avec livraison de repas à domicile. Le Service Social Juif reçoit des subsides de la COCOF.

On trouve encore diverses associations se consacrant à des activités pour les personnes âgées. L'accent est plutôt mis sur l'organisation d'activités socio-culturelles ou activités de détente, sport et formation pour seniors et moins sur la fourniture de repas chauds, le service shopping, l'aide proche, la mobilité et l'aide pour les activités de la vie quotidienne. Babbelkot est ce genre d'association. Babbelkot est un lieu de rencontre pour personnes solitaires qui ont ainsi la possibilité de faire des rencontres, de nouer des liens d'amitié et de participer à des jeux de société. Des boissons et repas légers sont prévus à des prix modiques. De nombreuses activités d'animation sont organisées: fêtes, anniversaires des visiteurs, excursions, projections de dias... Cette association est francophone mais ne touche pas de subsides.

7.4 Conclusions centre de services local

En 2011, 24 « lokale dienstencentra » (LDC) ont été programmés par les autorités flamandes dans la région de Bruxelles-Capitale et la moitié d'entre eux ont reçu un agrément.

La programmation se base uniquement sur le nombre d'habitants globale de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, sans tenir compte de la classifications dans les communes ou quartiers. La division en zones de soins résidentiels, en vigueur dans différentes villes et communes, n'est pas prise en compte non plus. Chaque zone de soins résidentiels doit disposer d'un LDC pouvant assurer des services à l'extérieur et à domicile.

« Lokaal dienstencentrum » est un concept flamand qui ne possède pas d'équivalent à la COCOM ou à la COCOF. La COCOM et la COCOF se basent sur l'aide sociale ou sur les initiatives de

développement communautaire, ce qui est compréhensible car les premiers LDC bruxellois agréés par les autorités flamandes sont issus d'initiatives de quartier en matière de développement communautaire. Au fil des années, sous l'impulsion de la réglementation, les LDC ont évolué et l'accent a été placé davantage sur l'offre de soins. L'impact des origines des initiatives de développement communautaire reste cependant encore perceptible. Ainsi, quelques LDC sont accessibles à d'autres groupes cibles et ne s'adressent pas exclusivement aux personnes âgées.

Le financement des LDC par la VG est faible et la subvention ne suffit pas pour payer un collaborateur à temps plein, alors qu'il faut être disponible 32 heures par semaine. La création de LDC n'est possible que si ceux-ci sont intégrés dans un plus grand ensemble ou s'ils sont soutenus par une administration locale. Si en Flandre, la plupart des LDC sont organisés à partir des CPAS et des communes, ce n'est pas le cas à Bruxelles. Malgré la hausse de l'intervention octroyée pour les LDC bruxellois, le financement reste un point sensible. Sans une subvention supplémentaire de la part de la VGC, l'exploitation d'un LDC à Bruxelles s'avère impossible.

Un point positif réside dans le fait que la programmation tient compte du contexte bruxellois et que les LDC peuvent organiser la concertation multidisciplinaire.

Du côté de la COCOM et de la COCOF, on retrouve des initiatives de nature similaire mais, comparé aux LDC flamands agréés, l'accent est moins placé sur les soins hygiéniques et le soutien préventif en matière de dépendance aux soins, de mobilité, d'aide pour les courses ou d'aide dans les activités de la vie quotidienne, autant de thèmes énumérés dans le « *Woonzorgdecreet* ». Les activités subventionnées par la COCOF ou la COCOM se concentrent surtout sur la distribution de repas, l'offre d'une aide proche et l'organisation d'activités d'apprentissage général, de récréation et de formation. Bon nombre de ces projets s'insèrent dans le plus grand ensemble de la cohésion sociale. On ne s'adresse dès lors pas uniquement au public-cible des personnes âgées et dépendantes de soins.

À l'heure actuelle, aucun LDC ne propose un système de télévigilance pour personnes. À cet égard, les LDC collaborent plutôt avec les centres de services régionaux.

En raison de leur approche centrée sur les quartiers et de leur offre différenciée, les LDC et les initiatives similaires de la COCOM et de la COCOF sont très proches du citoyen.

8. Centre de services régional

8.1 Description

Communauté flamande

Un **centre de services régional** « **Regionaal Dienstencentrum** » (**RDC**) est une association qui a pour mission :

- d'offrir aux usagers, aidants proches et bénévoles des activités de groupe au niveau de l'information et de la formation en général;
- de fournir aux usagers, aidants proches et bénévoles un conseil objectif sur l'offre intégrale en termes d'aide matérielle et de moyens et services immatériels;
- de mettre les moyens et services immatériels à la portée des usagers et intervenants;
- d'organiser et de soutenir les soins bénévoles en veillant à l'adéquation de l'offre et de la demande, en offrant une formation aux bénévoles et en favorisant la collaboration entre les organisations de bénévolat dans des situations de soins spécifiques¹³⁴.

Un RDC doit, sur la base ou non d'un accord de partenariat, à tout le moins réaliser les activités suivantes :

- proposer différents types d'aides pour l'utilisateur ou en guise de soutien dans des situations de soins spécifiques et prodiguer des conseils à ce propos;
- dans des situations de soins spécifiques, donner des conseils concernant des moyens et services immatériels;
- organiser des cours d'information et de formation pour aidants proches;
- organiser des cours d'information et de formation pour bénévoles;
- organiser des cours d'information pour usagers;
- mettre en adéquation l'offre et la demande en soins bénévoles;
- louer des appareils de télévigilance pour personnes et organiser un système central de télévigilance;
- émettre des conseils sur des aménagements à apporter au logement et sur des adaptations technologiques;
- offrir un accompagnement en ergothérapie;
- prendre ou appuyer des initiatives permettant ou augmentant la mobilité de l'utilisateur.

Un RDC agréé peut coordonner la concertation multidisciplinaire pour les utilisateurs dont l'autonomie est sérieusement réduite pour une longue durée, lorsque les moyens et services destinés aux utilisateurs impliquent, outre les aidants, divers prestataires professionnels en matière de soins à domicile ou des bénévoles¹³⁵.

Un RDC peut également accompagner des utilisateurs dans l'adaptation de leur logement sous la forme d'avis émis sur un ou plusieurs exécutants potentiels des travaux d'aménagement à

¹³⁴ Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, art.20, Moniteur belge, 14 mai 2009.

¹³⁵ Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009, art.20, Moniteur belge, 14 mai 2009.

réaliser et l'accompagnement dans l'exécution des travaux, ainsi que sur les formalités pratiques et administratives allant de pair avec la transformation de l'habitation¹³⁶.

COCOM

La COCOM ne reconnaît et ne subventionne pas de structures correspondant aux RDC.

COCOF

Un **centre de coordination de soins et services à domicile** remplit des fonctions similaires à celles des centres de services régionaux. Ce service ambulatoire organise la coordination des soins et services à domicile pour chaque personne vivant sa maladie ou son handicap à domicile. La prestation de soins et de services pour la personne dépendante de soins et pour son entourage est déterminée en concertation avec le médecin traitant. Un plan de soutien est établi, dont le centre assure l'évaluation et la coordination régulières¹³⁷. L'objectif consiste à coordonner l'offre de soins et d'aide à une personne dans une même zone géographique. Ces centres peuvent apporter leur aide pour la préparation de repas, pour le nettoyage, pour effectuer de petits travaux, pour apporter une aide médicale et paramédicale, etc. Pour remplir sa mission de centre de coordination de soins et services à domicile et obtenir ainsi un agrément, le centre garantit les services suivants :

- la coordination, 7 jours sur 7, des 3 services suivants :
- aide au quotidien, par un service agréé pour l'aide familiale et aux personnes âgées ;
- soins infirmiers à domicile ;
- distribution de repas à domicile.
- la coordination de tous les services nécessaires afin de pouvoir rester au domicile : accompagnement social par un service agréé, kinésithérapie, prêt de matériel, logopédie, ergothérapie, podologie, télévigilance, soutien psychologique, soins dentaires et coiffure.

Le centre de coordination organise un service de garde pour répondre 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux appels d'urgence¹³⁸. On distingue 3 catégories de centres de coordination en fonction des missions, du nombre de dossiers de coordination en cours ainsi que de l'organisation du centre et du type de service de garde proposé¹³⁹.

¹³⁶ *Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.20, Moniteur belge, 14 mai 2009.

¹³⁷ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art. 22, Moniteur belge, 8 mai 2009.

¹³⁸ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art. 22, Moniteur belge, 8 mai 2009.

¹³⁹ COCOF (2009). Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art. 24, Moniteur belge, 8 mai 2009 ; et Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Commission de la Communauté Française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art. 49, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

Tableau 2.25 Catégories de centres de coordination de soins et services à domicile COCOF

	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
Mission	Organisation des soins et des services nécessaires pour le maintien à domicile	Organisation des soins et des services nécessaires : 1) pour le maintien à domicile 2) pour permettre d'assurer la continuité des soins et des services, ainsi qu'une surveillance 24h/24 et 7j/7 pour prévenir ou raccourcir l'hospitalisation	idem centre de coordination catégorie 2
Moyenne annuelle du nombre de bénéficiaires d'un plan de soutien	80	160	240
Organisation du centre	Dispense propre totale ou partielle des soins et des services + collaboration avec les dispensateurs de soins ou de services (indépendants et cabinets de groupes autorisés)	idem centre de coordination catégorie 1	Centre de coordination intégré qui : 1) forme un siège d'exploitation avec un service d'aide familiale et aux personnes âgées, avec un service de soins à domicile et avec un service de livraison de repas à domicile 2) se charge de l'organisation d'un service de garde avec une permanence 24h/24, 7j/7 avec un personnel de coordination suffisant

Un **service de télévigilance** est un service organisé par une ASBL, qui offre une aide à distance et la possibilité d'une intervention d'urgence, 24 heures sur 24, pour les personnes âgées de 60 ans au moins¹⁴⁰. Le service de télévigilance est semblable au système de télévigilance pour personnes introduit par la Communauté flamande auprès des mutualités/RDC/LDC et grâce auquel la personne âgée ou la personne dépendante de soins peut appeler à tout moment le service d'urgence et le dispatching du service pour les soins à domicile. Un centre de coordination peut également créer ce genre de service. Le service de télévigilance offre aux bénéficiaires les possibilités d'intervention suivantes en cas d'appel :

- appel d'une personne désignée par le bénéficiaire selon une liste de personnes désignées au moment d'adhérer au service ;
- appel du médecin traitant désigné par le bénéficiaire ;
- appel d'un professionnel fourni par le service (conformément à l'article 175 du même Arrêté, il s'agit d'une aide familiale, d'un aide-soignant ou d'un infirmier) ;
- appel du service d'urgence médicale.

8.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Le nombre maximum de RDC pouvant être agréé est fixé à 1 pour 100.000 habitants par province et pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale. Le nombre de régions entrant en ligne de compte pour le chiffre de programmation des RDC, ainsi que le nombre maximum de RDC à reconnaître par région repose sur la population par province et dans la région de Bruxelles-Capitale¹⁴¹. Le nombre maximum de centres de services régionaux a été fixé par région. Pour Bruxelles-Capitale, cette programmation prévoit en 2011 3 centres de services régionaux, dont 2 sont actifs. En total, il y a 60 services programmés pour la Flandre.

Tableau 2.26 Chiffre et mise en oeuvre de la programmation 2011 pour les RDC à Bruxelles

Programmation	Agréé			Total	Degré de remplissage
	Région Bruxelles-Capitale	Agréé	Public		
3	2	0	2	2	67%

¹⁴⁰ COCOF (2008). Décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, art. 4, 2°, Moniteur belge, 24 janvier 2008.

¹⁴¹ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches art.3 de l'Annexe 7 « Regionale Dienstencentra », Moniteur belge, 17 décembre 2009.

Un RDC entrant en ligne de compte pour une subvention reçoit chaque année un enveloppe de subsides légale. En 2011 c'était 24.653,18 EUR. Les centres de services régionaux peuvent recevoir un subside pour l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes, avec une subvention maximum de 495,78 EUR par appareil. Chaque année, le ministre fixe le montant total pouvant être affecté au subventionnement de tels appareils. Un RDC peut recevoir des subsides pour maximum 60 appareils de télévigilance pour personnes, dont maximum 15 sur base annuelle. Une fois ce plafond atteint, le RDC ne pourra plus recevoir de subsides que pour l'achat d'appareils en remplacement d'appareils déjà subventionnés qui datent d'au moins 4 ans¹⁴². Le montant de la subvention pour l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes peut atteindre au maximum 7.436,70 EUR par an. En 2011, le montant total des subventions pour ces appareils pour les RDC et les LDC s'élevait à 272.000 EUR. Une RDC peut recevoir une indemnité de la part de la « Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg (SEL) » pour l'organisation et la coordination de la concertation multidisciplinaire¹⁴³.

Pour obtenir et conserver leur agrément, les RDC de Bruxelles doivent répondre à un cadre de conditions moins strict que leurs équivalents de Flandre. Ils ne doivent respecter que la moitié de la part à réaliser en termes de cours d'information, de formation et d'instructions, ainsi que la moitié de la part en termes d'accompagnements ergothérapeutiques.

COCOF

Le Collège fixe, au minimum tous les 5 ans et par service, le nombre maximum de services agréés ainsi que le nombre de nouveaux services pouvant être agréés¹⁴⁴. À l'heure actuelle, 5 centres de coordination sont reconnus et subsidiés par la COCOF.

Le montant forfaitaire annuel pour les frais de fonctionnement est fixé comme suit :

- 17.700 EUR pour un centre de catégorie 1 ;
- 35.400 EUR pour un centre de catégorie 2 ;
- 70.800 EUR pour un centre de catégorie 3¹⁴⁵.

Dans le cadre de la coordination du transfert d'informations concernant le plan d'aide, une indemnité forfaitaire de 15 EUR est octroyée par prestataire et par réunion. Le montant maximum annuel pour ces indemnités est fixé à :

- 2.950 EUR pour un centre de catégorie 1 ;
- 5.900 EUR pour un centre de catégorie 2 ;
- 8.850 EUR pour un centre de catégorie 3.

¹⁴² *Gouvernement flamand (2007)*. Arrêté ministériel du 24 septembre 2007 modifiant l'arrêté ministériel du 14 novembre 2000 fixant les règles détaillées relatives à l'octroi de subvention en vue de l'achat d'appareils de télévigilance pour personnes, art.2, Moniteur belge, 6 novembre 2007.

¹⁴³ *Gouvernement flamand (2009)*. Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.7 de l'Annexe 7 « Regionale Dienstencentra », Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹⁴⁴ *COCOF (2009)*. Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art.13, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

¹⁴⁵ *COCOF (2009)*. Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art.13, Moniteur belge, 22 juillet 2009 et Arrêté du 22 décembre 2010 qui modifie l'arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art.11, Moniteur belge, 28 février 2011.

L'allocation d'attente à domicile pour le personnel infirmier d'un service de catégorie 3 s'élève à 26 EUR par nuit ou par jour férié¹⁴⁶.

Le nombre maximum de services de télévigilance autorisés par la Commission de la Communauté Française est de 5 centres¹⁴⁷. Une indemnité est octroyée aux services de télévigilance lorsqu'un service applique une réduction tarifaire d'au moins 15 EUR par mois pour les bénéficiaires répondant à un certain nombre de conditions spécifiques (âge, situation familiale et revenus). Le montant de l'indemnité annuelle est égal à :

- (le nombre de bénéficiaires entrant en ligne de compte pour une réduction tarifaire) X (le nombre de mois de l'année en question pendant lesquels les intéressés ont bénéficié de la réduction) x (15 EUR).
- (le nombre de bénéficiaires entrant en ligne de compte pour une réduction tarifaire) X (1,25 EUR pour les frais de gestion de la réduction tarifaire¹⁴⁸).

8.3 Offre et mise en œuvre

Communauté flamande

La Communauté flamande reconnaît 2 centres de services régionaux pour la Région de Bruxelles-Capitale. Les RDC font appel à un réseau étendu de prestataires de soins agréés (coiffeurs, pédicures, logopèdes, kinésithérapeutes, dentistes, infirmiers...) proposant des services à domicile.

- Iris Thuiszorg VZW

Iris Thuiszorg est un RDC agréé lié à la Mutualité chrétienne ayant pour but de proposer des services à domicile, tant qualitatifs que quantitatifs, aisément accessibles à toute la population néerlandophone. À cet égard, ce centre tient compte des besoins spécifiques du public-cible bruxellois, ainsi que de ses caractéristiques, comme le vieillissement important de la population, le grand nombre de personnes isolées, la baisse des soins de proximité et la majorité de prestations de services bicommunautaires et francophones. « Iris Thuiszorg » se base sur une collaboration de services de soins à domicile entre la MC Sint-Michielsbond, le service de prêts Solical (Thuiszorgwinkel), Eurocross, un service de traiteur, des infirmiers indépendants, Ziekenzorg et Familiehulp. Le RDC s'occupe de la coordination des soins à domicile entre les différents services et intervenants et est joignable par téléphone 24 heures sur 24 par le biais

¹⁴⁶ COCOF (2009). Arrêté du 4 juin 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, art.56, Moniteur belge, 22 juillet 2009.

¹⁴⁷ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, art.56, Moniteur belge, 14 juillet 2009.

¹⁴⁸ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Communauté française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, art.56, Moniteur belge, 14 juillet 2009.

d'un numéro d'urgence. Les demandes individuelles d'informations et de conseils sont souvent de nature générale, suivies de questions relatives aux soins infirmiers et à l'aide à domicile.

- Thuiszorgcentrum Bruxelles

« Thuiszorg Brabant » et « Thuishulp VZW » forment ensemble le « Thuiszorgcentrum Bruxelles », l'organisation de soins à domicile de la Fédération des Mutualités socialistes du Brabant, joignable par téléphone 24 heures sur 24. Depuis le 17 juin 2008, le « Thuiszorgcentrum Bruxelles » est reconnu comme RDC. Ce centre de soins à domicile traite et coordonne les demandes de soins de natures diverses et pour des disciplines et des formes de soins à domicile très variées. Le terrain d'action du RDC comprend toutes les communes de la Région de Bruxelles-Capitale. Le « Thuiszorgcentrum Bruxelles » a conclu des accords de coopération dans chaque commune avec des prestataires de soins indépendants et des services actifs sur le terrain (services de prêts, services de bénévolat, services pour les soins familiaux, services sociaux, services de traiteur). La plupart des clients du RDC résident à Anderlecht (16,29 %), Bruxelles (13,07%), Molenbeek-Saint-Jean (10,67 %) et Etterbeek (6,94 %). À partir de 60 à 65 ans, le nombre de personnes ayant recours aux soins à domicile augmente, la catégorie d'âge la plus représentée étant celle des 80-85 ans (17,3 %). Les soins les plus souvent apportés sont des soins de pédicure, des soins infirmiers, la location et la vente de matériel (para)médical et une assistance sociale¹⁴⁹.

¹⁴⁹ Thuiszorgcentrum Bruxelles (2011). *Rapport annuel de 2011*.

Tableau 2.27 Services proposés par le RDC dans la Région de Bruxelles-Capitale¹⁵⁰

Service	Iris Thuiszorg	Thuiszorgcentrum Brussel
Mutualité collaborante	CM Sint-Michielsbond	Fédération des Mutualités socialistes du Brabant
Cours d'information et formations pour les bénévoles/aidants proches/usagers	x	x
Soutien aidants proches	En collaboration avec Ziekenzorg	
Diffusion des informations	x	x
Traitement/enregistrement des informations et conseils individuels	x	x
Gestion plan de soins	x	x
Prêt système d'alarme personnelle	x	x
Centrale d'alarme personnelle	En collaboration avec Eurocross, Service social de la mutualité et Mediotheek	x
Aide aux familles/aide ménagère	En collaboration avec Familiehulp	x
Soins infirmiers à domicile	En collaboration avec des infirmiers indépendants	En collaboration avec des infirmiers indépendants
Soins palliatifs		
Service de garde	En collaboration avec des bénévoles/transfert	En collaboration avec son propre service de garde
Repas à domicile	En collaboration avec un service traiteur	x
Coiffeur à domicile	x	x
Pédicure à domicile	x	x
Logopédie à domicile	x	x
Kinésithérapie à domicile	x	x
Dentiste à domicile		x
Conseils sur le matériel	x	x
Location/achat matériel médical/matériel	via Thuiszorgwinkel	x
Service technique (service d'aide logistique/livraison à domicile de matériel)	x	
Conseils ergothérapeutiques/	x	x

¹⁵⁰ Nous ne disposons pas des chiffres relatifs aux activités prestées en fonction de l'offre.

conseils adaptation du logement		
Transport	En collaboration avec bénévoles/transfert	
Transport médical		
Information & coordination liées à la convalescence et au court séjour	x	

COCOM

L'action sociale de Woluwe-Saint-Lambert offre, seule ou en collaboration avec d'autres services de soins à domicile, une aide comparable à l'offre des RDC. Il s'agit notamment de travaux divers, d'une alarme pour personnes, de senior sitting, d'une aide pour les tâches ménagères, de la livraison de repas à domicile, de la coordination entre les soins hospitaliers et à domicile, d'un service de courses, de soins à domicile, etc.

Tableau 2.28 Service communal coordonnant les soins à domicile COCOM

Service	L'action sociale de Woluwe-Saint-Lambert
Gestion plan de soins/coordination des soins	x
Prêt alarme personnelle	x
Aide aux familles/aide ménagère	x
Soins à domicile	x
Service de garde	
Repas à domicile	x
Coiffeur à domicile	x
Pédicure à domicile	x
Service technique (service d'aide logistique / service de livraison / matériel)	x
Conseils ergothérapeutiques/ conseils adaptation du logement	
Transport	x

Les organisations suivantes offrent, en plus des mutualités et l'organisation ci-dessus, un système de télévigilance pour personnes et sont également agréées par la COCOM : l'aide familiale et aux personnes âgées de Ganshoren, le service d'aide familiale et aux personnes âgées du CPAS de Berchem-Sainte-Agathe.

COCOF

Cinq associations travaillent dans la Région de Bruxelles-Capitale sous un agrément des centres de coordination de soins et services à domicile :

- Centre de Coordination de Soins et Services à Domicile Indépendants de Bruxelles (COSEDI)

Ce centre travaille en collaboration avec la Mutualité Libérale du Brabant. COSEDI offre une aide à toutes les personnes dépendantes de soins habitant dans la région de Bruxelles. La coordination de l'offre d'aide et de soins est assurée en collaboration avec des prestataires de soins et des services de soins indépendants.

- Centrale de Services à Domicile (CSD)

Ce service offrant une prestation complète d'aide et de services se déplace jusqu'au domicile à court, moyen et long termes. Le public-cible se compose de personnes malades, de personnes

âgées et de personnes atteintes d'un handicap. Les tâches du CSD comprennent notamment l'organisation de l'offre de services et d'aide à domicile.

- Aide et Soins à Domicile de Bruxelles (ASD)

Ce centre de coordination est lié à la Mutualité Saint-Michel. Un certain nombre de services sont réservés aux membres de la Mutualité Saint-Michel, comme le recours au court séjour et une subvention pour les personnes fortement dépendantes de soins et les adultes dépendants. Au sein du centre, plusieurs coordinateurs travaillent en collaboration avec le patient, le médecin traitant et divers prestataires de soins et établissements de soins.

- Soins à Domicile

Ici, tous les soins médicaux et non médicaux sont coordonnés en collaboration avec des prestataires de soins indépendants et des ASBL. Pour l'assistance dans les tâches quotidiennes par des aides familiales et pour les personnes âgées, d'autres services de soins à domicile sont sollicités. « Soins à Domicile » fait partie de la Fédération des Mutualités socialistes du Brabant.

- Soins Chez Soi

Ce centre organise l'offre de soins et la coopération avec des prestataires de soins indépendants et des établissements agréés. Il s'occupe de la coordination de l'offre d'aide, des informations et de l'accompagnement (tant sur le plan social qu'administratif) des clients et de leur famille. Le centre « Soins Chez Soi » a conclu des accords avec les mutualités indépendantes et neutres Euromut, Onafhankelijk Ziekenfonds, Securex, la Fédération libre des Mutualités neutres et Partena Mutualité Libre.

Les organisations suivantes offrent, en plus des mutualités et des organisations ci-dessus, un système de télévigilance pour personnes et sont dès lors également agréées par la COCOF : Continuing Care, Maison de la Famille et Télé-secours.

Les tableaux suivants présentent un aperçu des services offerts. Tout comme les RDC, les centres de coordination de soins et services à domicile assurent la coordination et l'organisation des soins à domicile et peuvent faire appel à divers services à domicile en passant par eux.

Tableau 2.29 Services des centres de coordination de soins et services à domicile COCOF

Service	COSEDI	CSD	ASD	Soins à Domicile	Soins Chez Soi
Mutuella Samenwerkend ziekenfonds	Mutualité Libérale du Brabant		Mutualité Saint-Michel	Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant	Accords avec les mutuelles indépendantes et neutres Euromut, Onafh. Ziekenfonds, Sexurex, Fédération Libre des Mutualités et Partena Mutualité Libre
Médecin généraliste			x		
Ophtalmologie			x		
Soins dentaires	x	x	x	x	x
Psychologue	x		x		x
Ergothérapie			x		
Kinésithérapie	x	x	x	x	x
Logopédie	x	x	x	x	x
Podologie	x		x	x	
Soins à domicile	x	x	x	x	x
Aide aux familles/aide ménagère	x	x	x	x	x
Coiffeur	x	x	x	x	
Opticien		x			
Pédicure	x	x	x	x	
Repas à domicile	x	x	x	x	x
Garde professionnelle	En collab. avec l'ASBL Gammes	Garde d'enfants malades	Garde d'enfants malades et mentalement handicapés, garde d'adultes		x
Service social		x			x
Soutien à l'aide informelle aux personnes dépendantes					En cas de maladie d'Alzheimer
Prêt de matériel médical/ Matériel	via Mutualité Libérale de Brabant		via Solival	Prêt/vente via la vzw Thuishulp	x
Alarme pour personnes	x	x	x	x	x

Conseils ergothérapeutiques relatifs à l'adaptation du logement	x	x			x
service d'aide logistique et ménagère	x		x		x
Transport médical non urgent	x				x

8.4 Conclusions centre de services régional

Le RDC (« centre de services régional ») est un concept flamand. La COCOM propose pour sa part une offre plus petite au niveau local, contrairement aux centres de services régionaux qui adoptent une approche régionale. La COCOF offre davantage un mélange de services qui, dans la programmation flamande, sont attribués aussi bien aux centres de services locaux que régionaux. Les centres de coordination combinent également des services de soins infirmiers à domicile et d'aide aux familles dans une structure faîtière, qui peut se charger de la coordination et de l'organisation des soins et de l'aide à domicile.

La programmation prévoit la création d'un RDC par tranche entamée de 100.000 habitants. En principe, Bruxelles aurait donc droit à 3 RDC. Il n'y a que 2 RDC agréés, mais on en dénombre bien 3 actifs dans la pratique.

Les RDC agréés flamands, tout comme plusieurs centres de coordination de soins et services à domicile agréés par la COCOF, sont intégrés aux mutualités. À la COCOM, les services proposant une offre similaire sont liés à un service communal. La programmation flamande ne permet pas à toutes les mutualités d'obtenir un agrément pour Bruxelles. Cela signifie que des RDC agréés doivent aussi aider des membres d'autres mutualités ou que des mutualités, qui proposent les services d'un RDC, sont contraintes de travailler à Bruxelles sans agrément.

Les RDC sont obligés de rendre leurs services accessibles à tous mais, dans la pratique, les services ne sont généralement offerts qu'aux clients de la mutualité concernée.

Aussi bien la COCOM que la COCOF proposent, en complément des activités des mutualités, une organisation qui s'occupe des systèmes de télévigilance pour personnes.

Les subventions aussi bien pour le fonctionnement que pour les appareils de télévigilance pour personnes sont particulièrement faibles, de sorte que, dans la pratique, seules les grandes organisations comme les mutualités sont en mesure de créer et d'exploiter un RDC, et de se charger de l'organisation d'une centrale de télévigilance.

Les RDC constituent un partenaire de choix en matière d'adaptation du logement, ce qui est important lorsque les personnes âgées souhaitent continuer à vivre autonome chez elles le plus longtemps possible. En effet, cela nécessite des aménagements au logement. Le « Woonzorgdecreet » de Bruxelles impose aux RDC un devoir de conseil en matière d'adaptation

des logements, mais pas un devoir de suivi, ce qui est dommage. Les services agréés par la COCOF fournissent également un conseil ergothérapeutique en matière d'adaptation des logements.

La VG et la COCOF confient une mission de coordination aux RDC et aux centres de coordination mais la prestation de services s'avère quand même différente dans la pratique. Les centres de coordination offrent divers services en un seul endroit tandis que le fonctionnement des RDC est plutôt basé sur des liens de coopération avec des services des mutualités et des prestataires de soins indépendants.

Les communes où les RDC sont très présents sont aussi les communes où les établissements de soins à domicile agréés flamands fournissent le plus d'aide aux familles, à savoir Anderlecht, Bruxelles, Jette, Molenbeek-St-Jean et Schaerbeek.

9. Association d'usagers et d'aidants proches

9.1 Description

Communauté flamande

Une **association d'usagers et d'aidants proches** a pour but de soutenir les usagers et leurs intervenants, ainsi que de reconnaître et de défendre leurs intérêts communs. Une association d'usagers et d'aidants proches est censée offrir au moins les services suivants :

- organisation et participation à au moins 2 réunions par an dans chaque province flamande et dans le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, auxquelles les membres affiliés sont invités et permettant un échange d'informations concernant des sujets relatifs aux soins à domicile qui sont pertinents pour les usagers et les aidants proches ;
- remettre, au moins 2 fois par an, une brochure d'information ou un support d'informations semblable à tous les membres affiliés concernant un sujet pertinent pour les usagers et les aidants proches ;
- faire l'inventaire et signaler les problèmes rencontrés par des groupes d'usagers et d'intervenants et remettre chaque année un rapport aux pouvoirs publics ;
- défendre les intérêts des groupes d'usagers et d'intervenants et se baser sur ces intérêts pour formuler des recommandations visant à sensibiliser les établissements de soins résidentiels et les pouvoirs publics ;
- fournir des informations relatives aux droits et aux devoirs des usagers et des aidants proches¹⁵¹.

COCOM

Au niveau bicommunautaire, aucune association de soins n'est reconnue ni subventionnée. Baluchon Alzheimer Belgique-België est un service proposant un soutien et un accompagnement à domicile aux familles confrontées à la maladie d'Alzheimer. Une personne, un peu comme un garde-malade, séjourne temporairement chez la personne malade pour remplacer l'aidant proche pendant 1 à 2 semaine(s). Cette organisation est active dans toute la région de Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

¹⁵¹ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches* art.3, A de l'Annexe 13 « Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers », Moniteur belge, 17 décembre 2009.

La COCOF ne reconnaît ni ne subventionne d'associations d'usagers et d'aidants proches. Des initiatives et des prestations de services francophones en matière de soins de proximité sont souvent entreprises dans les services de soins à domicile existants. Quelques ASBL sont bien actives dans le domaine des soins de proximité : des initiatives privées comme des associations ou des sections d'associations, qui soutiennent les aidants proches. Ainsi, le centre de coordination de soins et services à domicile « Soins Chez Soi » propose par exemple un soutien psychologique à domicile pour les aidants proches qui s'occupent de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

9.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

À l'heure actuelle, les six associations d'usagers et d'aidants proches agréées par la Communauté flamande exercent toutes des activités sur le territoire de Bruxelles-Capitale.

Une association d'usagers et d'aidants proches entrant en ligne de compte pour une subvention reçoit chaque année l'enveloppe de subsides légale. En vertu du VIA, la subvention annuelle est augmentée jusqu'en 2010. Cela signifie qu'en 2011, une association d'usagers et d'aidants proches dispose de 96.473,22 EUR¹⁵².

La Communauté flamande reconnaît les associations suivantes d'usagers et d'aidants proches exerçant également des activités sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale. En réalité, leurs activités à Bruxelles sont relativement restreintes.

Tableau 2.30 Associations agréées d'usagers et d'aidants proches Région de Bruxelles-Capitale

Commune	Associations agréées d'usagers et d'aidants proches
Wemmel	Kenniscentrum Mantelzorg
Louvain	Ons Zorgnetwerk
Bruxelles	Steunpunt Thuiszorg
Schaerbeek	Ziekenzorg van de Christelijke Mutualiteiten
Ixelles	Liever Thuis LM
Schaerbeek	Okra - Zorgrecht van OKRA - Trefpunt 55+

¹⁵² *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches art.3, A de l'Annexe 13 « Verenigingen van gebruikers en mantelzorgers »*, Moniteur belge, 17 décembre 2009.

9.3 Alternatives

Un certain nombre d'associations francophones apportent un soutien aux aidants proches. Ces associations sont actives aussi bien dans la Région de Bruxelles-Capitale qu'en Wallonie.

Tableau 2.31 Associations apportant un soutien aux aidants proches

Organisation	Zone de travail	Activité
Aidants Proches	Wallonie et Région Bruxelles-Capitale	- soutien aux aidants proches
Alzheimer Belgique	Région Bruxelles-Capitale	- informations sur la maladie d'Alzheimer et des affections apparentées; conseils juridiques, accompagnement dans le choix entre les soins à domicile ou la maison de repos; soutien psychosocial des aidants proches : groupes de discussion et groupes d'aide personnelle, une oreille attentive, consultations psychologiques à domicile; offre d'activités de loisir, activités sociales et culturelles; centre de documentation; groupe de pensée et de pression
CEP-AGE Accompagner le grand âge	Wallonie et Région Bruxelles-Capitale	- soutien téléphonique aux personnes âgées, aux aidants proches et aux soignants; - visites aux personnes âgées isolées ou malades, à domicile ou en maison de repos; - organisation de formations à l'écoute téléphonique aux personnes âgées.
Espace Séniors	Wallonie et Région Bruxelles-Capitale	- organisation de formations dans le cadre de l'accompagnement des personnes âgées pour les aidants proches et les professionnels; groupes de discussion et groupes d'aide personnelle, pour les personnes qui s'occupent de leurs parents âgés (INSPIRE) et pour les personnes qui s'occupent de personnes âgées qui ont totalement ou partiellement perdu leur autonomie (Quand les parents vieillissent).

9.4 Conclusion association d'usagers et d'aidants proches

L'association d'usagers et d'aidants proches est aussi un concept flamand. Le soutien des soins informels constitue l'un des points de départ du *Woonzorgdecreet*. En Flandre, les associations de soins de proximité reposent sur de bonnes bases légales. Le soutien accordé par l'autorité flamande à ces associations montre que la participation des usagers et des aidants proches est très valorisée. Cela montre que l'autorité flamande se soucie grandement de l'implication des prestataires de soins informels (voir aussi les centres de soins de jour, les centres de court séjour, l'extension aux services de garde et d'accueil). Les six associations agréées sont également présentes à Bruxelles. Cependant, dans la pratique, leur présence est faible et leur fonctionnement se limite à l'organisation de quelques activités et rencontres chaque année.

Cette forme de travail n'est pas reprise dans la politique de la COCOM, ni dans celle de la COCOF. La COCOF et la COCOM ne reconnaissent pas – ni ne subventionnent – d'associations d'usagers et d'aidants proches. Des associations de soins de proximité francophones sont bien actives, mais ne disposent pas d'un agrément de la COCOF. Des initiatives et des prestations francophones en matière de soins de proximité sont souvent intégrées à des services ou associations existants.

10. Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (SEL)/ Services intégrés de soins à domicile (SISD)

10.1 Description

Communauté flamande

Afin d'assurer des soins de qualité ainsi qu'une bonne collaboration entre les prestataires de soins à domicile, le gouvernement flamand reconnaît et subventionne les associations disposant de l'ancien agrément SIT à titre **d'initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires (SEL)**.

Les SEL sont créées en application du *Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins*. Une SEL est une association de représentants de prestataires de soins et éventuellement de représentants d'aidants proches et de bénévoles, créée en vue d'optimiser les soins dans les limites d'un terrain d'action bien délimité géographiquement¹⁵³. Le terrain d'action correspond au territoire d'une ville régionale tel que défini dans le décret sur les régions de soins. Les pouvoirs publics flamands reconnaissent et subventionnent des SEL depuis le 1^{er} janvier 2010.

Les SEL remplissent un certain nombre de tâches :

1. une prestation de soins optimale en encourageant et en augmentant l'autonomie et la coresponsabilité de l'utilisateur afin qu'il puisse participer à la société de la façon la plus autonome possible ;
2. le développement d'initiatives ayant pour but de faire correspondre l'offre des prestataires de soins aux besoins de l'utilisateur et de la population ;
3. dans les limites du terrain d'action, encourager une coopération réciproque entre les prestataires de soins entre eux, entre les prestataires de soins et d'autres organisations, entre des services et des personnes offrant des soins plus spécialisés, entre les prestataires de soins et les usagers, les aidants proches et les bénévoles ;
4. informer la population habitant dans son champ d'action au sujet de l'offre de soins ;
5. servir de point de contact neutre pour les usagers, les aidants proches, les bénévoles, d'autres aidants et les établissements, ainsi que pour les pouvoirs publics flamands ;
6. optimiser l'accessibilité aux soins, en particulier pour les personnes se trouvant dans des situations précaires¹⁵⁴.

Une reconnaissance comme SEL requiert la participation à l'association de représentants de services pour les soins familiaux, de médecins généralistes, de LDC, de CPAS, de maisons de repos (avec ou sans lits MRS), d'infirmiers et de sages-femmes et de services pour le travail

¹⁵³ *Gouvernement flamand (2009)*. Arrêté du 19 décembre 2008 du Gouvernement flamand relatif aux initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires, art.1, 13°, Moniteur belge, 31 mars 2009.

¹⁵⁴ *Gouvernement flamand (2004)*. Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins, art.19, Moniteur belge, 20 avril 2004.

social des mutualités (avec ou sans la collaboration d'un ou de plusieurs RDC) et pour le soutien à domicile par des délégués locaux. La présidence ou la vice-présidence d'une SEL est assurée par un médecin généraliste¹⁵⁵.

Les autres prestataires de soins, associations d'intervenants et d'usagers et organisations bénévoles, actifs sur le terrain d'action d'une SEL, ont également l'opportunité de devenir membres. Les SEL surveillent l'organisation pratique et le soutien de la coopération multidisciplinaire par le biais de l'élaboration et du suivi d'un plan de soins en concertation avec les usagers, principalement ceux qui dépendent fortement de soins.

Le gouvernement flamand fait correspondre les SEL avec les **Services intégrés de soins à domicile (SISD)** financés par le gouvernement fédéral depuis 2003. L'article 1, 1° de l'*Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile* décrit un SISD comme une 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. Un SISD veille en particulier¹⁵⁶:

- à l'évaluation de l'autonomie du patient ;
- à l'élaboration et au suivi d'un plan de soins ;
- à la répartition des tâches entre les prestataires de soins ;
- à la concertation multidisciplinaire.

Le nombre de participants à la concertation multidisciplinaire est illimité. Cependant, il ne peut y avoir indemnité que si au moins 3 prestataires de soins sont présents, dont le médecin généraliste, l'infirmier à domicile (si le patient reçoit des soins infirmiers à domicile) et le client ou un aidant proche désigné par lui¹⁵⁷.

La réglementation des SEL est sensiblement différente. La SEL détermine elle-même les critères de la concertation multidisciplinaire. À Bruxelles, il est possible de rédiger un plan de soins SEL dans une CMD dès la présence de deux prestataires de soins – qui peuvent aussi être des prestataires de soins sans numéro INAMI.

On entend par *plan de soins* un document comprenant les éléments suivants : les soins prévus au patient, un résumé fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne, un aperçu du réseau de soins formel et informel, un aperçu de l'entourage et l'éventuelle adaptation de cet entourage, la répartition des tâches entre les prestataires de soins et d'aide. Le plan de soins requiert une collaboration entre au moins 3 prestataires de soins dont le médecin généraliste, un ou plusieurs autre(s) prestataire(s) de soins professionnel(s) et/ou des prestataires de soins non professionnels.

¹⁵⁵ Gouvernement flamand (2004). Décret du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins, art.19, Moniteur belge, 20 avril 2004.

¹⁵⁶ Gouvernement flamand (2002). Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, art.9, Moniteur belge, 5 octobre 2002.

¹⁵⁷ Gouvernement fédéral (2003). Arrêté royal du 14 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, Moniteur belge, 23 mai 2003, art.2, 5°, Moniteur belge, 23 mai 2003.

COCOM

Il n'existe pas de services correspondant aux SEL à la COCOM, qui travaille uniquement avec les SISD.

COCOF

Des initiatives similaires à celles de la VG n'existent pas non plus à la COCOF. Cependant, la COCOF a initié une plateforme de concertation pour les soins à domicile et bénéficie d'un agrément fédéral comme SISD.

10.2 Programmation et subventionnement

La programmation des SEL est déterminée par le *Décret sur les régions de soins*. Une seule SEL peut être agréée dans la Région de Bruxelles-Capitale. L'objectif consiste à faire coïncider les champs d'actions des SEL et des SISD. Les organisations répondant aux conditions d'agrément peuvent être reconnues comme SEL et comme SISD. Un seul SISD peut être agréé par zone de soins, mais une dérogation est prévue pour la Région de Bruxelles-Capitale. Cette région peut compter à la fois un SISD appartenant à la VG, un appartenant à la COCOF et un autre appartenant à la COCOM¹⁵⁸.

Un centre reconnu comme SEL entre en ligne de compte pour une subvention émanant du gouvernement flamand. Un centre reconnu comme SISD entre en ligne de compte pour une subvention émanant du gouvernement fédéral. Contrairement aux SIT - devancier du SISD - le subventionnement des SEL n'est plus basé sur le nombre de plans de soins signalés. Pour les SISD, la subvention annuelle pour une SEL s'élève à 60.000 EUR par année de fonctionnement, multipliés par 0,20 par habitant du champ d'action d'une SEL. Cette subvention est indexée chaque année à partir du 1^{er} janvier 2011¹⁵⁹.

Le financement annuel consiste en un montant forfaitaire de 0,19 EUR par habitant de la zone de soins du SISD concerné. Le nombre d'habitants de la zone de soins qui est pris en compte est le nombre disponible au 31 décembre de l'année précédente¹⁶⁰. La concertation multidisciplinaire est financée par le biais de moyens provenant de l'INAMI et les montants indexés suivants seront d'application par prestataire de soins à partir du 1^{er} janvier 2012¹⁶¹:

- concertation multidisciplinaire au domicile du patient : 45,44 EUR ;

¹⁵⁸ *Gouvernement fédéral (2002). Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile*, art.6, Moniteur belge, 5 octobre 2002.

¹⁵⁹ *Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 19 décembre 2008 du Gouvernement flamand relatif aux initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires*, art.20 et art. 21, Moniteur belge, 31 mars 2009.

¹⁶⁰ *Gouvernement fédéral (2009). Arrêté royal du 15 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde in financement aux services intégrés de soins à domicile*, art.5, § 2, Moniteur belge, 23 décembre 2009.

¹⁶¹ *Gouvernement fédéral (2005). Arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*, art.7, Moniteur belge, 30 novembre 2005. Circulaire de l'INAMI aux Services intégrés de soins à domicile 2010/1 du 18 décembre 2009.

- concertation multidisciplinaire ailleurs : 34,08 EUR ;
- enregistrement : 14,21 EUR ;
- concertation multidisciplinaire dans le cadre d'un projet thérapeutique dans le domaine des soins de santé mentale : 141,97 EUR.

Le 1^{er} avril 2012, une nouvelle législation relative à la concertation autour du patient psychiatrique à domicile est entrée en vigueur. Cette réglementation fait suite aux projets thérapeutiques qui ont mis en place de manière expérimentale la fonction de concertation autour du patient. Cette nouvelle réglementation prévoit des subventions pour 3 prestations :

1. participation à la concertation autour du patient;
2. personne de référence;
3. organisation et coordination de la concertation¹⁶².

La réglementation ne prévoit rien au sujet du nombre de plans de soins. Il n'est donc pas nécessaire d'introduire un nombre bien déterminé de plans de soins.

La subvention pour le BOT pour 2011 en chiffres concrets :

1. subventions SISD : 42.677,23 EUR ;
2. subventions VGC : 53.500,00 EUR ;
3. subventions SEL : 121.887,93 EUR.

Tableau 2.32 Coûts concertation multidisciplinaire SISD¹⁶³

Région	2009		2010		2011	
	Frais	Concertations	Frais	Concertations	Frais	Concertations
Bruxelles	1.694,66	50	508,92	16	2.335,59	65
Flandre	322.335,13	10.378	300.573,38	9.451	332.325,66	10.369
Wallonie	76.878,76	2.205	64.029,06	1.811	68.133,85	1.915
Indivis	142,81	4	99,70	3		
Total	401.051,36	12.637	365.211,06	11.281	402.795,10	12.349

Lorsque l'on observe le nombre de concertations multidisciplinaires (cas) dans le tableau ci-dessus pour Bruxelles, le niveau peut sembler particulièrement faible.

Maximum 65 concertations multidisciplinaires sont organisées.

¹⁶² Gouvernement fédéral (2012). Arrêté royal de 27 mars 2012 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement de la participation à une concertation autour du patient psychiatrique, l'organisation et la coordination de cette concertation et la fonction de personne de référence, *Moniteur belge*, 30 mars 2012.

¹⁶³ Information provenant d'INAMI.

Dans la mesure où un SISD doit aussi remplir beaucoup d'autres missions, cela doit susciter une sérieuse réflexion.

Voici quelques éléments pouvant expliquer les chiffres des concertations multidisciplinaires peu élevés :

- deux des trois SISD bruxellois ont été créés récemment ;
- le SISD est une organisation qui se situe au niveau meso/macro tandis que la concertation multidisciplinaire se déroule au niveau micro ;
- les SISD ne sont pas adaptés à la réalité bruxelloise :
 - ils se chevauchent sur le territoire bruxellois ;
 - les SISD francophones/bico disposent déjà de possibilités de coordination et de concertation, ce qui complique le fonctionnement d'un SISD puisqu'ils ne peuvent pas apporter une grande plus-value dans l'aspect de la concertation multidisciplinaire.

10.3 Offre et mise en œuvre

Communauté flamande

Dans la région de soins de Bruxelles-Capitale, le « Brussels Overleg Thuiszorg » (BOT) dispose d'un agrément comme SEL et comme SISD. L'organisation est financée par la Communauté flamande, la Commission communautaire flamande et l'INAMI. En 2011, elle a reçu pour 121.887,93 EUR de subsides de la Communauté flamande¹⁶⁴. Le BOT est actif sur 3 terrains. L'association intervient comme organe d'information et de sensibilisation, sert de plateforme de cohérence et de concertation et influence les décisions politiques.

L'aspect d'information et de sensibilisation se traduit par des initiatives visant à informer les prestataires de soins et les citoyens au sujet de l'offre de soins à domicile et par le lancement d'initiatives de formation communes visant à favoriser la qualité des soins à domicile et à soutenir les prestataires de soins à domicile. Le BOT offre, en collaboration avec le « Lokaal Gezondheidsoverleg Bruxelles » (LOGO), un soutien logistique à des formateurs locaux en prévention des chutes dans le cadre du projet « Secundaire valpreventie » (prévention secondaire des chutes).

Le volet « concertation » comprend une concertation sectorielle pour les soins à domicile au niveau des établissements, mais aussi une concertation locale pour les collaborateurs de base. Le BOT encourage et enregistre la coordination formelle des soins par l'intermédiaire de plans de soins. L'association encourage également la collaboration entre les LDC et les services de soins à domicile dans le domaine de la formation et participe aussi aux « Brusselse Ondersteuning Dienstencentra » (centres de services de soutien bruxellois). Elle stimule la coopération et la

¹⁶⁴ Montants des subventions 2011 provenant de la *Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* (agence flamande pour les soins et la santé).

coordination des soins apportés à des groupes cibles atteints de problèmes d'ordre psychiatrique et suit de près les développements de zones de soins résidentiels à Bruxelles. En ce qui concerne l'influence exercée sur la politique, le BOT surveille le caractère applicable des formes de soins à domicile prévues dans le *Woonzorgdecreet* et dans le *Décret relatif aux soins de santé primaires* et suit les évolutions dans le cadre de l'assurance dépendance flamande. Le BOT contribue à des projets relatifs à des instruments de mesure en matière de dépendance aux soins qui sont utilisés dans le cadre des soins à domicile et des soins de santé primaire.

COCOM

Il n'existe pas de services correspondant aux SEL à la COCOM, qui travaille uniquement avec les SISD. Conectar est le SISD bilingue de Bruxelles, créé en 2009 par la COCOM et financé par les autorités fédérales (INAMI). Conectar fonctionne comme plateforme de rencontre pour les aidants dans les soins à domicile médicaux et non médicaux. Conectar organise des réunions de concertation au sujet du patient, apporte des informations, fournit des conseils et un accompagnement au patient et à son entourage pendant la concertation en collaboration avec les prestataires de soins. La concertation permet d'accroître la continuité des soins. Le respect du libre choix du patient est préservé. Les nouvelles initiatives sont encouragées. Les prestataires de soins bénéficient également d'un soutien sur le plan administratif et technique et le suivi des informations est encouragé.

COCOF

Le Service Intégré de Soins à Domicile de Bruxelles offre :

1. une plateforme de rencontre pour les aidants dans le domaine des soins à domicile médicaux et non médicaux par le biais de réunions de concertation au sujet du patient ;
2. il fournit des informations, des conseils et un accompagnement au patient et à son entourage pendant la concertation en collaboration avec le médecin ;
3. il assure également l'augmentation de la continuité des soins grâce à la concertation, préserve le respect du libre choix du patient et encourage les nouvelles initiatives.

Les centres de coordination de soins et services à domicile font partie du SISD, agréé par la COCOF, et exécutent les mêmes missions qu'un SISD¹⁶⁵.

¹⁶⁵ COCOF (2009). *Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé*, art. 124, Moniteur belge, 8 mai 2009.

10.4 Conclusion Initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires / Services intégrés de soins à domicile

Dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, un même territoire défini géographiquement peut faire partie de la zone de soins à la fois d'un SISD appartenant à la Communauté flamande, d'un SISD appartenant à la Commission Communautaire française et d'un SISD appartenant à la Commission communautaire Commune. À Bruxelles, la distribution des subventions par zone de soins entre les différents SISD s'effectue selon une clé de répartition 20 (VG) – 20 (COCOM) – 60 (COCOF), déterminée par l'autorité compétente sur la base du nombre d'habitants.

Étant donné que la Communauté flamande a choisi de faire correspondre les SIT et les SEL, ces organisations ont reçu des financements à la fois de l'INAMI et de la VG.

C'est le cas dans toute la Flandre. Les SEL sont une matière flamande, mais sont très liés aux SISD fédéraux agréés et les complètent.

Les SEL visent un lien de coopération plus large. Le fait que les SEL et les SISD se rencontrent dans un même organe est donc positif.

La présence de trois SISD permet de tisser des liens de coopération au-delà des frontières de compétences des autorités, par exemple concernant des projets de renouvellement des soins. Du côté de la COCOF, les SISD sont intégrés aux centres de coordination.

11. Conclusions générales concernant la programmation, la réglementation et l'offre de soins à domicile

Le paysage bruxellois en matière de soins à domicile est très fractionné et les harmonisations sont peu nombreuses. Au niveau législatif, plusieurs autorités et services publics sont compétents (par exemple VG-welzijn, VGC, VDAB...) et les réglementations fédérale, flamande, de la COCOM et de la COCOF sont toutes d'application. Cela permet aux services remplissant des missions comparables de coexister et de travailler les uns à côté des autres. Étant donné la variété de normes, de compartiments, de formes de travail, de services, etc., la coopération intercommunautaire n'est pas évidente. L'abondance de partenaires sur le terrain donne la liberté de choix au client potentiel mais peut entraîner un comportement de « shopping ».

Dans sa politique relative au bien-être et à la santé, la Communauté flamande a fait de la poursuite du développement des soins à domicile une priorité, dans le but de permettre aux personnes de continuer à vivre chez elles le plus longtemps possible. Dans la note « *Priorités de la COCOM pour les années 2009-2014* », la COCOM se consacre elle aussi à l'aide à domicile. Elle prévoit dès lors une adaptation de la réglementation¹⁶⁶. Les différentes autorités ont compris qu'il était nécessaire de développer les soins à domicile pour mieux gérer la vague de vieillissement qui menace.

La réglementation, la programmation et le financement des soins à domicile varient fortement entre les 3 gouvernements. La programmation flamande se base principalement sur des projections démographiques et/ou sociologiques. La COCOF adopte la même attitude au niveau des décrets mais, dans la réalité, les chiffres de programmation sont gelés. Ainsi, les heures d'aide aux familles programmées par la COCOF n'ont plus été adaptées depuis 2005. Bien que les missions comprises dans la programmation de l'aide aux familles ne soient pas les mêmes dans les différentes réglementations, on peut affirmer que la programmation flamande (891.196 heures), calculée selon la norme des 30 %, est légèrement supérieure à la programmation de la COCOM (265.400 heures) ou de la COCOF (864.567 heures). Proportionnellement, la programmation de l'aide aux familles de la COCOM et de la COCOF est inférieure à la programmation flamande. Par contre, le degré de réalisation de la programmation flamande (15,07%) est largement inférieur à ceux de la COCOM (96,72%) et de la COCOF (99,65%), de sorte que les services flamands agréés pour l'aide aux familles prestent par exemple encore 122.410 heures de moins que ceux agréés par la COCOM.

La réglementation de la COCOM présente davantage de similitudes avec celle de la COCOF qu'avec la réglementation flamande, ce qui permet une plus grande synergie entre la COCOM et la COCOF et facilite la coopération entre leurs établissements. En réalité, on remarque une plus grande collaboration entre les CPAS, liés à la réglementation de la COCOM, et les services francophones, liés à la réglementation de la COCOF. Les formules de travail de la COCOF et de la COCOM présentent de nombreux points communs, ce qui n'est pas le cas des établissements flamands. La réglementation flamande prévoit un plus grand nombre de formes de travail. C'est

¹⁶⁶ COCOM (nd). *Priorités de la Commission Communautaire Commune pour les années 2009- 2014*. Consulté sur www.cdcs-cmdc.be/nl/Download-document.html?gid=69

sans doute l'une des raisons qui expliquent pourquoi l'offre flamande est si peu connue de la COCOM et la COCOF et inversement, et pourquoi l'interaction est rare.

La Flandre opte pour une organisation régionale et centrée sur le type d'activité en mettant l'accent sur une bonne collaboration entre les différents établissements, tandis que la COCOM adopte plutôt une approche locale et la COCOF, une démarche intermédiaire, axée sur les établissements. La programmation flamande est plus étendue et plus variée en termes de modes de travail et de quantité, ce qui accroît également sa complexité. D'un point de vue thématique, la programmation flamande est très divisée selon la formule de travail choisie, ce qui est encore accentué dans le *Woonzorgdecreet*. Par ailleurs, le *Woonzorgdecreet* encourage vivement la coopération entre différents services, sous la forme de réseaux d'hébergement et de soins. Cependant, jusqu'à présent, il n'existe pas encore d'arrêtés d'exécution relatifs aux réseaux d'hébergement et de soins. Cette collaboration incite également à entreprendre des démarches vis-à-vis du secteur résidentiel, ce qui est moins le cas à la COCOF et à la COCOM.

La programmation flamande se consacre également à l'insertion de bénévoles (services de garde) et d'aidants proches (association d'usagers et aidants proches), alors que ces formes de travail ne sont pas explicitement soutenues dans la politique de la COCOM et de la COCOF.

Pour les services d'aide aux familles, la COCOM se base sur les communes et les CPAS et confère ainsi un caractère local aux services, l'offre d'aide étant limitée au territoire de la commune.

Du côté de la COCOF, les principaux services de soins à domicile proposent une offre groupée et sont dirigés par quelques grandes organisations qui assurent la coordination des soins à domicile et des services proposant de tels soins. Cette façon de procéder présente un grand avantage : elle renforce les liens mutuels et facilite en principe les réorientations. Le nombre de paliers à franchir pour obtenir un soutien supplémentaire s'en trouve également réduit. Cette approche est plus adaptée au « client », même s'il y a lieu de veiller à ne pas sombrer dans la surconsommation.

Le budget flamand total alloué aux soins à domicile est octroyé à raison d'environ 80 % à des services d'aide aux familles, de 18 % aux services d'aide logistique et de soins à domicile complémentaires et de 2 % aux autres établissements et associations¹⁶⁷. Pour ces autres établissements, la subvention consiste en un montant forfaitaire limité en fonction des frais réels. Ces établissements comptent souvent sur d'autres revenus comme les contributions des usagers ou des subsides émanant d'administrations locales. À la COCOM et à la COCOF aussi, ce sont les services d'aide aux familles qui reçoivent le plus de subsides.

Toutes les organisations ne travaillent pas sous un agrément de la VG, de la COCOM ou de la COCOF. Ces services non agréés, qui sont par exemple actifs sous un agrément comme ILDE, comme ALE ou comme entreprise de titres-services, ne sont pas soumis aux normes d'agrément imposées par les instances d'agrément et de subvention. Ils entrent en concurrence avec les services agréés, mais la question est de savoir si ces services non agréés peuvent garantir le même contrôle de qualité que les services agréés.

¹⁶⁷ Cour des Comptes (2007). *De subsidiëring van de thuiszorg (Subventionnement des soins à domicile)*. Rapport de la Cour des Comptes au Parlement flamand. Document 37-E (2006-2007) – N° 1.

Plusieurs partenaires développent diverses initiatives et sont actifs sur plusieurs terrains. Par exemple, une mutualité peut créer un centre de services régional, héberger un centre d'assistance sociale, offrir une aide pour le nettoyage, etc. Différents centres de coordination de soins et services à domicile sont également liés aux mutualités et proposent une offre variée de services à domicile. Ils peuvent organiser leur offre et leur aide d'un point de vue régional, tandis que d'autres initiatives interviennent au niveau local. L'implantation de plusieurs services chez un même auteur de projet offre des possibilités de collaboration entre ces services, surtout lorsque ceux-ci sont liés aux mutualités. Cela favorise la transition vers la prestation de services puisqu'en principe, tout le monde est affilié à une mutualité. Cependant, la connexion avec les mutualités entraîne également un cloisonnement du champ d'action.

Au niveau local, les services des communes et du CPAS sont avantagés puisqu'ils sont très accessibles et connus de tous. Ils sont également en mesure de développer et de lancer diverses initiatives, par exemple une aide pour le nettoyage, une aide aux familles, un service pour les petits travaux, des repas à domicile, des centres pour les seniors, etc. Ce sont les services liés aux communes et aux CPAS qui présentent le degré de réalisation le plus accompli, sans doute en raison de la popularité de ces services auprès des acteurs d'orientation.

Si l'orientation vers des services flamands agréés peut parfois poser problème, elle est beaucoup plus facile du côté francophone et bicommunautaire. Pourtant, la présence de tous ces services n'offre pas de garantie de soins à l'utilisateur qui, sur le terrain, est souvent confronté à des listes d'attente.

Sur le terrain, beaucoup d'organisations proposent d'autres solutions que les établissements réguliers agréés pour les soins à domicile, mais un manque d'informations et de coordination empêche parfois l'utilisateur de faire appel au service et aux soins dont il a besoin. Les organisations importantes en Flandre en termes d'offre d'aide aux familles restent des acteurs de faible envergure en région de Bruxelles-Capitale. Leur degré de réalisation est faible. L'offre flamande d'aide aux familles est large en termes de programmation, mais insuffisante en termes de réalisation.

En ce qui concerne l'offre flamande, les LDC, qui sont plus proches des usagers et dont la situation et l'ancrage sont plus locaux, peuvent jouer un rôle crucial pour l'organisation et l'encadrement des différents établissements de soins à domicile.

La prestation de soins à domicile peut encore être développée et constitue une belle opportunité pour la création d'emplois. Plusieurs services engagent des travailleurs groupes-cibles qui bénéficient également d'une formation pendant leur occupation. Le défi consiste à résoudre la contradiction actuelle : d'une part le manque de candidats pour un emploi dans le secteur de la santé et d'autre part le grand nombre de chômeurs entrant en ligne de compte pour des trajets et des projets d'emploi.

Le tableau suivant présente un aperçu des points forts et des points faibles du secteur des soins à domicile à Bruxelles, tout en mentionnant les opportunités et les menaces.

Tableau 2.33 Analyse SWOT

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • tendance générale visant à permettre aux personnes de vivre chez elles le plus longtemps possible et de façon autonome • la réglementation et la programmation flamandes sont étendues et reconnaissent de nombreuses formes de travail • adaptation annuelle des heures d'aide aux familles • les services agréés par la COCOM ont une activité locale bien développée • offre groupée des organisations de la COCOF, ce qui facilite la coordination et la coopération 	<ul style="list-style-type: none"> • différentes autorités compétentes sur un même territoire • multiples partenaires • manque d'harmonie entre les services • important fractionnement à l'intérieur du secteur • offre flamande peu connue et dirigée au niveau régional • les chiffres de programmation de la COCOM et de la COCOF pour l'aide aux familles stagnent depuis quelques années • les barèmes de la VG, de la COCOM et de la COCOF pour l'aide aux familles sont différents • la contribution de l'utilisateur varie entre la VG, la COCOM et la COCOF
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • encouragement d'une coopération étroite entre les services dans le <i>Woonzorgdecreet</i> • finalisation déficiente de l'aide aux familles par les services agréés flamands et surcharge de travail pour les services agréés par la COCOM et la COCOF • développement de services pour les petits travaux • différents services fournissent des conseils pour l'adaptation du logement • engagement de bénévoles et d'aidants proches • accent sur l'activité locale des services • collaboration entre les soins à domicile et le secteur résidentiel • Sur un même territoire plusieurs pouvoirs sont compétents • Abondance de partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • similitudes entre la réglementation et les formes de travail mises en œuvre par la COCOM et la COCOF, mais grosse différence par rapport à la Flandre • tous les services du secteur ne travaillent pas sous un agrément de la VG, de la COCOM ou de la COCOF (garantie de qualité ?) • l'offre abondante et le fractionnement n'entraînent pas une garantie de soins • problème concernant les recrutements et la rétention de personnel (aides-soignants, infirmiers à domicile)

Partie 2.2 : « Soins résidentiels »

Par soins résidentiels pour les personnes âgées, on entend les centres de convalescence, les centres de court séjour, les résidences-service/maisons d'assistance et les maisons de repos/centres de soins résidentiels.

Rappelons une nouvelle fois la réglementation des différentes autorités : description, programmation et subvention, offre et occupation, complétée le cas échéant par une rubrique 'contribution de l'utilisateur'.

Le Rapport annuel Home-Info 2011 fut une bonne source d'inspiration. Nous l'avons complété par les informations que nous avons récoltées sur les structures résidentielles auprès des différentes autorités de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, compétente pour les soins aux personnes âgées ou l'assistance aux personnes. Afin d'effectuer une comparaison correcte, nous nous sommes basés, comme pour les soins à domicile, sur les données de 2011. Nous avons obtenu un paysage très varié.

1. Réglementation générale établissements résidentiels

1.1 Communauté flamande

Une attention particulière va être accordée aux soins et à l'accueil de personnes démentes.

Le *Woonzorgdecreet de 13 mars 2009* flamand et ses arrêtés d'exécution ont introduit une modification importante dans les chiffres de programmation des établissements résidentiels. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2010, les chiffres de programmation sont calculés sur la base des cohortes d'âge à partir de 65 ans. Auparavant, le seuil était fixé à 60 ans (pour les centres d'hébergement et de soins) et à 18 ans (pour les centres de soins de jour et les centres de court séjour).

La VG a programmé un certain nombre de places néerlandophones dans la région de Bruxelles-Capitale, afin de garantir aux citoyens bruxellois néerlandophones une prise en charge dans un établissement résidentiel néerlandophone.

La programmation de ces places pour 2011 se présente comme suit :

- 1.254 places dans une maison de repos agréée (pour le moment, il n'y en a que 197)
- 1.274 places dans une résidence-services (seulement 32 aujourd'hui)
- 113 places dans des centres de soins de jour (35 aujourd'hui)
- 113 places dans des centres de court séjour (aucune à l'heure actuelle).

Pour permettre la mise en œuvre de cette norme de programmation, l'autorité flamande a demandé au « Kenniscentrum Woonzorg Brussel » d'élaborer un plan de soins stratégique pour la région de Bruxelles-Capitale. Cette mission a débouché sur une publication : Kenniscentrum Woonzorg Brussel, *Algemeen zorgstrategisch koepelplan woonzorgzones Brussel* (Plan de soins global stratégique pour les zones de soins résidentiels à Bruxelles), 2008¹⁶⁸, approuvé par le Ministre flamand en charge du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille le 24 décembre 2008. Ce plan global divise les 19 communes de la région de Bruxelles-Capitale en 33 zones de soins résidentiels. Des conditions optimales sont créées dans chacune de ces zones pour l'hébergement avec soins. Ces soins peuvent être dispensés sur place ou à l'extérieur. La plaque tournante de ces zones de soins doit être un carrefour, c'est-à-dire un point de contact entre l'offre et la demande. Le « Kenniscentrum Woonzorg Brussel » a pour mission de soutenir et d'accompagner le développement de ces zones de soins résidentiels.

Le plan global stipule que 70% des infrastructures résidentielles programmées par la Communauté flamande sont établies dans ces zones de soins résidentiels prioritaires, à savoir les communes de Schaarbeek, Evere, Saint-Josse-ten-Node, Koekelberg, Molenbeek-Saint-Jean, Berchem-Ste-Agathe, Ganshoren, Jette, Anderlecht et les communes fusionnées de Laeken, Neder-Over-Heembeek et Haren. Les 30% restants de l'espace de programmation calculé est attribué aux autres communes du territoire bilingue de Bruxelles.

Le développement concret de ces zones de soins résidentiels s'étend sur plusieurs phases.

La première phase est principalement consacrée à la définition des zones de soins résidentiels.

¹⁶⁸ Information consultée sur <http://www.woonzorgbrussel.be/publicaties>.

1.2 COCOM

Le Collège réuni définit la programmation pour les établissements d'accueil ou d'hébergement de personnes âgées en fonction :

- de l'évolution de l'offre en matière d'accueil, d'hébergement ou de soins des personnes âgées, en tenant compte des besoins de la population bruxelloise ;
- des protocoles d'accord conclus entre l'autorité fédérale et les communautés et régions en ce qui concerne la politique à mener à l'égard des personnes âgées¹⁶⁹.

L'agrément est délivré par le Collège réuni pour une période de maximum 6 ans, avec possibilité de renouvellement.

Pour être agréé par le Collège réuni, l'établissement doit répondre aux normes imposées par l'autorité fédérale compétente ainsi qu'aux normes qui peuvent être imposées par le Collège réuni.

1.3 COCOF

Le décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées définit la réglementation applicable aux établissements résidentiels et services non résidentiels pour seniors.

Après avis du Conseil consultatif, le Collège définit une programmation pour chacune des catégories d'établissements résidentiels et non résidentiels réservés aux personnes âgées.

La programmation tient compte :

- des besoins des personnes âgées (état de santé et évolution de celui-ci) ;
- de la structure démographique de la région bruxelloise et des perspectives d'évolution ;
- des règles relatives à la programmation de certaines catégories d'établissements résidentiels, établies en concertation avec l'autorité fédérale et les communautés et régions dans le cadre des Protocoles d'accord et des accords conclus entre les Commissions communautaires compétentes sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale ;
- de la répartition géographique des établissements et services existants agréés par la Commission communautaire française ou par une autre autorité compétente sur le territoire¹⁷⁰.

À l'issue de la procédure d'agrément, le Collège peut octroyer un agrément à l'établissement pour une durée maximum de 6 ans. Une inspection est prévue au préalable pour veiller au respect de toutes les normes d'agrément.

¹⁶⁹ COCOM ((2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, art.19, Moniteur belge, 16 mai 2008.

¹⁷⁰ COCOF (2008). Décret du 22 mars 2007 de la Commission communautaire française relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, art. 8 et 18.

2. Centre de convalescence

2.1 Description

Un centre de convalescence est un nouvel établissement repris dans le *Woonzorgdecreet* flamand qui offre un accueil provisoire à des personnes ayant subi une intervention chirurgicale ou ayant souffert d'une affection grave qui a impliqué une hospitalisation ou une interruption de longue durée des activités normales. L'objectif du séjour de convalescence consiste à permettre à l'utilisateur de fonctionner à nouveau de façon autonome dans son environnement naturel à domicile.

Les centres de convalescence doivent proposer les activités suivantes :

1. séjour ;
2. activités de soutien pour renforcer l'état physique et mental ;
3. revalidation ;
4. aide et soins hygiéniques et infirmiers¹⁷¹.

L'utilisateur ne peut plus avoir besoin de soins spécialisés ou d'une surveillance médicale intense. Pour chaque prise en charge, une demande est formulée par le médecin généraliste ou le spécialiste. Le centre mène une politique d'admissions ouverte à toutes les catégories d'âge, donc pas seulement aux personnes âgées. La durée du séjour est fixée à maximum 30 jours successifs, avec une seule prolongation possible de maximum 30 jours supplémentaires. L'accompagnateur de l'utilisateur peut également séjourner au centre s'il a lui-même besoin de soins, si sa présence est nécessaire pour le bien-être de l'utilisateur ou s'il assume un certain nombre de mesures de soutien comme aidant proche¹⁷².

2.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Sur le territoire néerlandophone et sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, le chiffre de programmation est établi à 1.500 unités résidentielles. Pour ce qui est de la répartition géographique de l'offre, il est tenu compte d'un minimum de 60 unités résidentielles par ville

¹⁷¹ Gouvernement flamand (2009). *Woonzorgdecreet du 13 mars 2009*, art.28 et 29. *Moniteur belge*, 14 mai 2009.

¹⁷² Gouvernement flamand (2009). *Woonzorgdecreet du 13 mars 2009*, art.28 et 29. *Moniteur belge*, 14 mai 2009.

régionale¹⁷³. La contribution du client comprend au moins le séjour, les repas, les soins psychosociaux et le matériel de soins standard¹⁷⁴.

COCOM

Il n'existe pas de services semblables aux centres de convalescence à la COCOM. La COCOM ne reconnaît pas – ni ne subventionne – de services de convalescence.

COCOF

Il n'existe pas de services semblables aux centres de convalescence à la COCOF. La COCOF ne reconnaît pas – ni ne subventionne – de telles initiatives. Les maisons de repos peuvent toutefois réserver un certain nombre de lits pour un court séjour dans le cadre d'une revalidation.

2.3 Offre et contenu

Communauté flamande

Une autorisation préalable pour l'aménagement d'un centre de convalescence a été délivrée au centre d'hébergement et de soins Sint-Vincentius d'Erpe-Mere, pour 60 unités résidentielles. L'objectif consiste à aménager ce centre sur une partie du site de la KUB à Koekelberg.

COCOM

Nous n'avons pas trouvé de correspondant identique au centre de convalescence à la COCOM. Un centre propose quand même une offre de soins similaire : « het Veer ». Cet établissement relève de la responsabilité du CPAS de Woluwe-Saint-Lambert et propose une formule de séjour temporaire de minimum 7 jours et maximum 6 mois. Il peut s'agir d'une prise en charge à la suite d'une hospitalisation, d'un séjour de convalescence, d'un accueil avec soins légers, d'un accueil pendant les congés de l'aidant proche ou dans le cadre d'une période d'attente avant une admission en maison de repos. Les demandes émanent d'hôpitaux mais aussi d'usagers lui-même. 20 chambres individuelles sont prévues.

¹⁷³ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.3 de l'Annexe 10 « Centra voor herstelverblijf ». Moniteur belge, 17 décembre 2009.

¹⁷⁴ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, art.3 de l'Annexe 10 « Centra voor herstelverblijf ». Moniteur belge, 17 décembre 2009.

Il n'existe pas d'offre similaire à la COCOF.

2.4 Conclusion séjour de convalescence

Le centre de convalescence est une **nouvelle forme de travail** qui, jusqu'à présent, est seulement agréée par la Communauté flamande. Aucun établissement n'est encore actif à ce jour, mais une autorisation préalable a toutefois été délivrée.

Au sein de la COCOF, la possibilité d'une telle initiative est prévue dans les maisons de repos. Ces dernières doivent être à même d'accueillir temporairement des personnes pendant leur période de convalescence.

La CCC ne prévoit aucune réglementation spécifique pour les séjours de convalescence, mais une infrastructure est prévue, permettant une combinaison avec un séjour de courte durée.

3. Centre de court séjour

3.1 Description

Un centre de court séjour (CCS) offre des soins et un accueil temporaires pour les personnes âgées. Un séjour en centre de court séjour peut s'avérer nécessaire lorsque les personnes qui s'occupent normalement des personnes âgées à domicile (famille ou autres aidants proches) ne sont pas en mesure de le faire pendant une certaine période (par ex. pour cause de vacances ou de maladie), lorsque les soins requis augmentent de façon temporaire ou en cas de situation de crise.

Les personnes peuvent séjourner jour et nuit ou seulement la nuit.

Un centre de court séjour est associé à un centre d'hébergement et de soins ou à un centre de convalescence. La prestation de services est en grande partie identique à celle d'un centre d'hébergement et de soins ou de convalescence : soins nécessaires, aide familiale et ménagère, revalidation, activation, activités de loisirs et contacts sociaux avec les autres résidents.

Le centre de court séjour constitue une solution intermédiaire entre les soins dispensés à domicile et le séjour permanent dans une résidence-service/maison d'assistance ou un centre d'hébergement et de soins.

Les frais liés aux soins infirmiers et aux soins sont pris en charge par l'INAMI. Un lit de court séjour est financé de la même manière qu'une place en MRPA.

3.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Les chiffres de programmation pour les centres de court séjour sont déterminés comme suit :

5. 3,2 logements pour 3000 personnes âgées appartenant à la catégorie d'âge de 65 à 69 ans ;
6. 5 logements pour 3000 personnes âgées appartenant à la catégorie d'âge de 70 à 79 ans ;
7. 10 logements pour 3000 personnes âgées appartenant à la catégorie d'âge de 80 à 89 ans ;
8. 25 logements pour 3000 personnes âgées appartenant à la catégorie d'âge à partir de 90 ans.

L'application des chiffres de programmation est basée sur les projections de la population pour la cinquième année qui suit l'année de la demande d'autorisation préalable¹⁷⁵. En 2011, 113 logements ont été programmés par la Communauté flamande.

La durée de séjour maximum fixée dans un centre de court séjour agréé s'élève à 60 jours successifs. Sur base annuelle, un client peut séjourner dans le centre pendant maximum 90 jours.

Le subventionnement d'un centre de court séjour est calculé en multipliant le nombre de logements agréés par un subside de base de 2303,88 EUR. Par ailleurs, pour entrer en ligne de compte pour un subventionnement, un centre doit présenter un taux d'occupation moyen de minimum 50 %.

En outre, des centres d'hébergement et de soins et des centres de court séjour agréés peuvent entrer en ligne de compte pour une subvention supplémentaire pour les activités d'animation. Sur la base du nombre de logements agréés et du nombre d'ETP qualifiés pour les activités d'animation, l'administrateur général détermine chaque année le montant maximum de la subvention par centre de repos et de soins¹⁷⁶.

COCOM

Le court séjour existe également à la COCOM. La réglementation en la matière est assez similaire : ici aussi, un lien est établi avec une maison de repos.

La COCOM subventionne les centres de court séjour si leurs activités sont réalisées au sein d'associations et d'établissements publics (secteur privé non concerné). Le financement pour le fonctionnement est octroyé par l'INAMI.

Dans le cadre du financement par l'INAMI, le lit pour un court séjour est financé comme un lit en MRPA. Un financement supplémentaire mutuel est prévu à titre de lien.

L'ordonnance du 24 avril 2008 (art. 2, 4^o, f) ¹⁷⁷ prévoit que l'hébergement de personnes âgées pour un court séjour en MRPA peut durer maximum trois mois ou 90 jours cumulés par année civile, dans le même établissement ou dans des établissements différents.

¹⁷⁵ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches, Annexe 11 de court séjours. *Moniteur Belge*, 17 décembre 2009 et Circulaire WVG/Woonzorgdecreet/10/01 du 24 avril 2010.

¹⁷⁶ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur Belge*, 17 décembre 2009.

¹⁷⁷ COCOM (2008). Ordonnance de 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur Belge*, 16 mai 2008.

COCOF

La réglementation de la COCOF contient également un volet sur le court séjour. Ainsi, le *Décret relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées du 22 mars 2007* prévoit qu'une maison de repos peut réserver une partie de sa capacité à l'hébergement d'une durée ne dépassant pas les 90 jours cumulés par an et par personne. Le collège détermine le pourcentage maximum de la capacité d'hébergement pouvant être occupée par ces places de court séjour¹⁷⁸.

Une maison de repos bénéficiant d'un agrément complémentaire pour des places de court séjour doit disposer d'1,4 ETP supplémentaire pour 30 places en court séjour. Cette fonction intermédiaire implique la gestion de l'arrivée et du départ du résident et des éventuels services d'aide à domicile ou de soins.

3.3 Offre et contenu

Communauté flamande

Bien que la Communauté flamande ait programmé 113 places en 2011, le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale ne possède pas de centre agréé pour le court séjour. Des autorisations préalables ont bien été délivrées à trois auteurs de projet : « Solidariteit voor het Gezin » à Anderlecht pour 6 logements, « Parkresidentie » à Jette pour 3 logements et le centre d'hébergement et de soins Sint-Vincentius à Koekelberg pour 10 logements.

COCOM

À l'heure actuelle, la Commission communautaire commune reconnaît un seul établissement de court séjour, qui compte 12 lits. Par ailleurs, deux autres établissements mettent 5 et 29 lits à disposition mais ne sont pas agréés par la COCOM. Ils disposent en revanche d'un agrément spécifique de la COCOM pour proposer des courts séjours.

« Het Veer », un établissement qui relève de la responsabilité du CPAS de Woluwe-Saint-Lambert, propose une formule de séjour temporaire de minimum 7 jours et maximum 6 mois. Il peut s'agir d'une prise en charge à la suite d'une hospitalisation, d'un séjour de convalescence, d'un accueil avec soins légers, d'un accueil pendant les congés de l'aidant proche ou dans le cadre d'une période d'attente avant une admission en maison de repos. 20 chambres individuelles sont prévues. Les chambres sont aussi bien utilisées pour des séjours de convalescence que pour des courts séjours.

¹⁷⁸ COCOF (2009). Décret relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées du 22 mars 2007, art 3. et Arrêté 2008/1561 du Collège de la Commission Communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, 2 avril 2009.

Par ailleurs, la maison de repos « Parc Astrid » propose 12 places de court séjour à Anderlecht. La Résidence Roi Baudouin à Woluwe-Saint-Pierre possède une autorisation pour 20 places de court séjour. En avril 2012, le « Home Amadeus » de Berchem-Sainte-Agathe a reçu une autorisation pour 10 lits de court séjour, qui seront installés à Jette. La Résidence de la Paix à Evere a également reçu une autorisation pour 15 lits. Leur réalisation se fera à terme.

Le centre de repos et de soins Saint-Joseph d'Evere ne dispose pas d'un agrément officiel comme centre de court séjour mais réserve systématiquement une chambre pour cette forme de travail. Cette chambre ne peut être utilisée pour un séjour permanent qu'à titre très exceptionnel et en cas d'extrême urgence. Dès qu'une autre chambre se libère, elle est de nouveau réservée au court séjour.

En outre, de nombreuses maisons de repos proposent des courts séjours lorsqu'une chambre est provisoirement disponible car non occupée par un résident permanent.

COCOF

Aucune maison de repos ne dispose d'une autorisation comme centre de court séjour¹⁷⁹. Les Jardins d'Ariane à Woluwe-St-Lambert dispose d'un agrément pour 10 places. Le Cercle Trianon, également à Woluwe-St-Lambert, dispose de 2 places de court séjour. Quelques maisons de repos ont fait connaître leur intérêt pour le court séjour : le Sagittaire et la Résidence Beeckman à Uccle, la Résidence My Home Ascot et la Résidence Michèle à Laeken, la Résidence Léopold à Molenbeek-St-Jean et le Centre Gériatrique d'Ixelles.

3.4 Conclusion centre de court séjour

Tant la VG, la CCC que la COCOF ont prévu dans leur réglementation la possibilité de créer un centre de court séjour.

L'offre actuelle est très limitée et elle est reconnue par la CCC : 12 places à Anderlecht et 20 places à Woluwe-St-Lambert, combinées avec un séjour de convalescence. On compte également plusieurs maisons de repos qui proposent des courts séjours sans agrément.

Du fait que les centres de court séjour doivent être intégrés dans un centre de soins résidentiels et que la programmation du nombre de possibilités d'hébergement en centre de soins résidentiels ne représente qu'1/3 d'un même territoire socio-démographique en Flandre, la programmation flamande de court séjour pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale ne pourra jamais être réalisée.

¹⁷⁹ Information fournie par Info-Homes.

4. Résidence-services / Groupe de maisons d'assistance

4.1 Description

Dans une résidence-services (COCOM et COCOF) ou un groupe de maisons d'assistance (VG)¹⁸⁰ la personne loue une résidence dans laquelle elle vit de façon autonome. Une telle résidence comporte au moins un living, une cuisine, une chambre à coucher, une toilette et une salle de bains. L'habitation est adaptée, sécurisée et tout à fait accessible et comprend un système d'appel en cas de besoin... Le résident peut ainsi recourir à des services communs comme une aide pour le nettoyage, des repas chauds ou des soins infirmiers à domicile. Il peut également rencontrer les autres résidents dans des locaux communs.

En d'autres termes, une résidence-services combine la vie autonome à un soutien et des soins (permanents) adapté. Il est donc destiné à une personne âgée (+60/65) ou à un couple âgé qui pourra continuer à vivre de façon autonome en faisant appel à un service de soins à domicile et de permanence offert par un groupe de résidences-services/maisons d'assistance.

Une résidence-services ou un groupe de maisons d'assistance est un établissement composé d'un ou plusieurs bâtiments formant un ensemble d'un point de vue fonctionnel et proposant à des usagers de +60/65 ans ou plus, quelle que soit la dénomination, un logement où ils pourront vivre de façon autonome dans des unités résidentielles individuelles adaptées et faire appel à des services communs et à des soins aux personnes âgées de manière volontaire et à titre facultatif.

4.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Dans son *Woondecreet*, le Gouvernement flamand ne parle plus de résidences-services mais d'un groupe de maisons d'assistance. Les arrêtés d'exécution de la plupart des formes de fonctionnement reprises dans le *Woondecreet* ont été rédigés et publiés. Ce n'est toutefois pas encore le cas pour le groupe de maisons d'assistance. La législation relative aux résidences-services lui est par conséquent appliquée pour l'instant.

En même temps que l'*Arrêté ministériel du 23 septembre 2011*¹⁸¹, les projections de la population de 2017 à 2021 issues des « SVR-projecties van de bevolking en de huishoudens voor Vlaamse steden en gemeenten, 2009-2030 » (Projections SVR de la population et des ménages pour les villes et communes flamandes, 2009-2030), publiées par le Service d'études du gouvernement flamand le 2 mars 2011, ont servi de base à la programmation de 2012 à

¹⁸⁰ Le Woonzorgdecreet ne parle plus de « serviceflats » (résidences-services). Une nouvelle forme de travail a été introduite : le « groep van assistentiewoningen » (groupe de maisons d'assistance).

¹⁸¹ Arrêté ministériel du 23 septembre 2011 fixant les projections de la population comme repris à l'article 4 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 17 mars 1998 fixant le programme pour les résidences-services et les complexes d'habitation avec prestation de services, art. 3, Moniteur belge, 26 octobre 2011.

2016 pour les résidences-services et complexes d'habitations avec prestation de services. Selon ces nouvelles projections de la population, la programmation 2012 pour les immeubles de résidences-services et les complexes d'habitations avec prestation de services s'élève à 1.287 unités pour Bruxelles-Capitale (34.928 pour toute la Flandre, Bruxelles comprise). Les conditions et accords pour l'introduction d'une demande d'autorisation préalable pour aménager un espace supplémentaire dans le cadre de la programmation 2012 sont commentés dans un courrier de l'administrateur général de l'Agence flamande Soins et Santé du 19 décembre 2011.

Lorsque les arrêtés d'exécution relatifs à un groupe de maisons d'assistance seront approuvés et publiés, la programmation imposée pourra être abandonnée. À partir de là, le Gouvernement flamand fera jouer le principe de l'offre et de la demande, mais il définit clairement les exigences auxquelles un groupe de maisons d'assistance doit satisfaire au minimum pour pouvoir être reconnu. Il veut surtout veiller à ce qu'un groupe de maisons d'assistance agréé offre des services, une aide et des soins suffisants à ses résidents.

C'est pourquoi un groupe de maisons d'assistance doit :

- À tout moment pouvoir offrir des soins intermédiaires et de crise et conclut dans cette optique des liens de collaboration avec d'autres services qui traiteront l'utilisateur en priorité en cas d'appel
- Être encadré par un auxiliaire de vie qui favorise et encourage les contacts sociaux entre les résidents.

COCOM

La COCOM propose deux types de résidences-services :

- celles dont le gérant s'occupe à la fois des maisons et des services offerts
- et celles qui sont soumises à la réglementation relative à la copropriété, en d'autres termes celles dont le gérant est seulement responsable des services offerts aux résidents et que ces derniers occupent en vertu d'un titre de propriété, d'un usufruit ou d'un contrat de location avec le propriétaire.

Le Collège réuni définit la programmation pour les résidences-services en fonction :

- ✓ de l'évolution de l'offre en matière d'accueil, d'hébergement ou de soins des personnes âgées, en tenant compte des besoins de la population bruxelloise ;
- ✓ des protocoles d'accord conclus entre l'autorité fédérale et les Communautés et Régions en ce qui concerne la politique à mener à l'égard des personnes âgées¹⁸².

Un membre du personnel est présent dans l'immeuble jour et nuit pour pouvoir répondre immédiatement à chaque appel d'un résident. À cette fin, chaque appartement est équipé d'un système d'appel.

¹⁸² COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

COCOF

La COCOF propose deux types de résidences-services :

- celles dont le gérant s'occupe à la fois des maisons et des services offerts
- et celles qui sont soumises à la réglementation relative à la copropriété, en d'autres termes celles dont le gérant est seulement responsable des services offerts aux résidents et que ces derniers occupent en vertu d'un titre de propriété, d'un usufruit ou d'un contrat de location avec le propriétaire.

Le Collège définit la programmation après avis du Conseil consultatif. La programmation tient compte :

- des besoins des personnes âgées
- de la structure démographique de la population de la région bruxelloise et des pronostics à cet égard
- des règles en matière de programmation, établies en concertation avec l'autorité fédérale et les Communautés et Régions dans le cadre des protocoles d'accord relatifs à la politique à mener à l'égard des personnes âgées
- de la répartition géographique des établissements et services agréés par la Commission communautaire française ou par une autre autorité compétente sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale.

4.3 Offre et contenu

Communauté flamande

Le chiffre de programmation de la VG pour Bruxelles en 2011 s'élevait à 1.274 unités. Seules 32 d'entre elles, soit 2,51 %, avaient été réalisées au 1^{er} janvier (contre 43,49 % pour toute la Flandre, Bruxelles comprise). Le nombre total d'unités résidentielles existantes et planifiées fin 2011 s'élevait à 139, soit 10,91 % (contre 94,30 % pour toute la Flandre, Bruxelles comprise) (voir le tableau 2.34).

COCOM

À l'heure actuelle, la COCOM reconnaît 14 établissements de résidences-services dans la région de Bruxelles-Capitale (voir le tableau 2.34).

COCOF

Pour le moment, la COCOF ne reconnaît pas d'établissements de résidences-services. Des autorisations ont toutefois été délivrées pour 304 places et des demandes sont en cours de traitement pour 70 autres (voir le tableau 2.34).

Tableau 2.34 Aperçu établissements de résidences-services RBC 2011

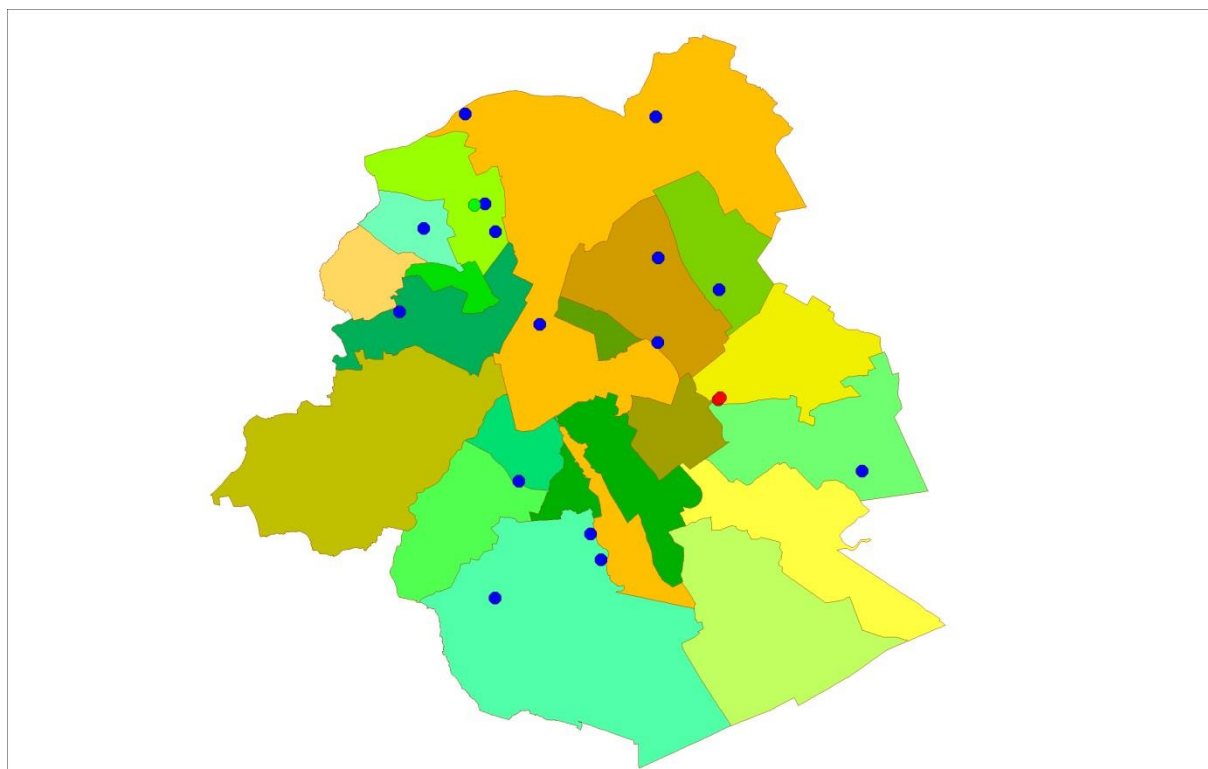
Commune	VG	COCOM	COCOF	Sans agrément	Total nombre d'unité d'habitation ¹⁸³
Anderlecht	Solidariteit voor het Gezin				25 (prévu – autorisation préliminaire)
Bruxelles		De Wilde Rozen			37
		Le Hicquet			12
		Residence Heizelheem			31
			Dewand-Janson		42 (prévu – autorisation préliminaire)
Ixelles				Residence Parc d'Italie	123
Evere	Sint-Jozef Clivia				22 (prévu – autorisation préliminaire)
		Green Garden residentie			71
Ganshoren		Paul Fontaine			40
Jette	Parkresidentie				32
		Christalain			20
		Residence Magnolia			34 (résidences personnes âgées)
Koekelberg	Sint-Vincentius				60 (prévu – autorisation préliminaire)
Schaerbeek		Residence Roland			20
		Residence Josephine			60
St-Gilles		De Linden			43
Molenbeek-St-Jean		Residence Vivaldi			35
Woluwe-St-Lambert			Cercle Trianon		124

183 http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/erkende-instellingen/bijstand-aan-personen/copy_of_service-residenties

en [http://www.bruxellessocial.irisnet.be/CDCS-](http://www.bruxellessocial.irisnet.be/CDCS-CMDC/menu.jsf;jsessionid=143971E7F1A033EAFB2E8248AD5F9D7F)

			Senior residence Montgomery		70 (prévu – demandé)
				Residence Trianon	63
				Residence Montgomery	55
Woluwe-St-Pierre		Doorndal			16
				Residence Parmentier	109
				Residence Eden Green	93
Uccle		Domaine Churchill			120
		Residentie Prinses Paola			90
		Loreto			10
				Residence Hamoir	53
				Residence Les eaux vives	109
				Residence Les Erables	60
				Residence Messidor	83
?			Eden Rock		96 (prévu – autorisation préliminaire)
?			Les fleurs de l'âge		42 (prévu – autorisation préliminaire)
Total					1419 + 481 prévu

Figure 2.1 Aperçu établissements de résidences-services RBC



Flat-services

● VG (1)

● COCOF (2)

● GGC/COCOM (15)

Nombre d'institutions: 18

5. Maison de repos (MRPA/MRS) – Centre d’hébergement et de soins

5.1 Description

Une maison de repos ou un centre d’hébergement et de soins est un établissement composé d’un ou plusieurs bâtiments formant un ensemble d’un point de vue fonctionnel et proposant, de façon collective, un hébergement et des soins - aux résidents de 60/65 ans ou plus - dans un environnement qui leur tient lieu de domicile. Les soins proposés comprennent au minimum un hébergement adapté, une aide habituelle pour la famille et le ménage, des soins hygiéniques, (para)médicaux et infirmiers le cas échéant, une réactivation, un soutien psychosocial, des animations et la création d’un réseau social¹⁸⁴.

En tant que lieu de résidence permanent, une maison de repos constitue le chaînon ultime dans toute la chaîne des soins aux personnes âgées. Dans la pratique, les maisons de repos sont prioritairement destinées aux personnes qui ne peuvent vraiment plus vivre chez elles. Quand d’autres formules de soins comme les soins de proximité et les soins à domicile ne constituent plus une solution et que des soins, une aide ou une surveillance sont presque constamment nécessaires, l’admission dans une maison de repos est recommandée.

Lorsque l’on parle de maison de repos, il s’agit, au sens strict du terme, d’une maison de repos pour personnes âgées (MRPA). Les maisons de repos peuvent également obtenir un agrément comme Maison de repos et de soins (MRS). La différence entre une MRPA et une MRS réside notamment dans la catégorie de personnes âgées pouvant être prises en charge. Les résidents d’une MRS sont plus dépendants de soins et requièrent un encadrement plus strict. Cependant, ce n’est pas parce qu’une maison de repos ne dispose pas de lits MRS qu’elle ne peut pas prendre en charge et soigner des personnes fortement dépendantes de soins.

Généralement, les maisons de repos sont des structures mixtes MRPA-MRS proposant des lits MRPA (pouvant également accueillir des personnes faiblement dépendantes de soins) et des lits MRS et qui sont contrôlées dans leur ensemble par l’inspection des Communautés.

Dans le cadre du *Woonzorgdecreet*, la réglementation flamande ne parle plus de « rusthuis » (maison de repos) mais de « woonzorgcentrum » (centre d’hébergement et de soins). Ce concept flamand montre qu’il s’agit ici du dernier chaînon du continuum de soins tel que défini dans le *Woonzorgdecreet*. Dans le cadre de cette étude, nous continuerons dès lors à utiliser le terme « maison de repos ».

5.2 Programmation et subventionnement

Dans la région de Bruxelles-Capitale, les maisons de repos sont soumises aux normes de la VG, de la COCOF ou de la COCOM. L’autorité fédérale s’occupe de la normalisation des MRS. La

¹⁸⁴ *Woonzorgdecreet* du gouvernement flamand du 13 mars 2009, art.37-38, Moniteur belge, 14 mai 2009 ; *Ordonnance du Collège réuni de la Commission communautaire commune relative aux établissements d’accueil ou d’hébergement pour personnes âgées* du 24 avril 2008, art. 2. 4, Moniteur belge, 16 mai 2008 ; *Décret du Collège de la Commission communautaire française relatif à la politique d’hébergement et d’accueil à mener envers les personnes âgées* du 22 mars, art. 3,1, Moniteur belge, 24 janvier 2008.

sécurité sociale fédérale (INAMI) prend en charge une grande partie du financement des maisons de repos (MRPA et MRS). Les frais de personnel pour les infirmières et les soignants, notamment, sont subventionnés au niveau fédéral. Les maisons de repos dans lesquelles résident des personnes âgées fortement dépendantes de soins peuvent obtenir un agrément supplémentaire comme maison de repos et de soins (MRS). Les MRS sont soumises à des normes plus strictes, notamment sur le plan du personnel soignant et de l'organisation de la prestation de soins, mais reçoivent pour cela un financement plus important de la part de l'INAMI. L'autorité octroie un forfait de soins plus élevé pour un lit MRS. Cela signifie que la maison de repos reçoit la possibilité de constituer de plus grandes équipes de personnel pour les soins et les soins infirmiers.

À l'heure actuelle, le degré de dépendance aux soins est déterminé par un score sur l'échelle de Katz. Pour les soins à domicile, il existe actuellement trois forfaits résultant directement du score obtenu sur l'échelle de Katz : les forfaits A, B et C, dont le montant varie en fonction du statut du patient et du moment dans la semaine où les soins sont dispensés (jours ouvrables ou week-end). Pour les MRPA et les MRS, on distingue 6 forfaits (O, A, B, C, Cdem, Cc), qui dépendent également du degré de dépendance aux soins.

- forfaits O, A, B, C, Cdem dans les MRPA ;
- forfaits B, C, Cdem, Cc dans les MRS ;
- le forfait O n'est pas lié au degré de dépendance aux soins mais donne accès à un MRPA et donne droit à une intervention financière de l'AMI dans le prix journalier de la structure résidentielle ;
- la catégorie de dépendance Cdem s'applique aux personnes fortement dépendantes de soins qui souffrent également de problèmes d'ordre mental ;
- la catégorie Cc est attribuée aux patients dans le coma.

Les personnes auxquelles on a attribué un score O et A ne peuvent pas occuper un lit MRS. Seules des personnes âgées des catégories B, C et Cd peuvent dès lors séjourner dans une MRS proprement dite. La principale différence réside dans le nombre de membres du personnel pouvant être subventionnés.

Les personnes qui séjournent dans des structures résidentielles (MRPA, MRS) ou dans un centre de soins de jour (CSJ) paient un prix journalier qui est complété par le financement de l'AMI. Cela correspond à une sorte de « coût de vie et location ». L'ensemble (location/coût de la vie + participation de l'INAMI par le biais des forfaits) couvre le logement, les repas, les soins et, dans un sens plus large, l'accès à la structure. Cela n'empêche pas la facturation d'autres services comme la lessive, la kinésithérapie (MRPA – CSJ), les médicaments, les visites de médecins, frais de pédicure, coiffeur, etc.

Les maisons de repos agréées présentent de nombreuses différences, aussi bien en termes de facilités qu'en termes de prix. Chaque maison de repos doit au moins répondre aux conditions d'agrément qui garantissent une qualité de base dans l'accueil et les soins : organisation de la prestation de services, d'aide et de soins, politique en matière de qualité, politique du personnel, infrastructure, sécurité et hygiène, fixation du prix journalier, participation des résidents et gestion des plaintes. Les conditions d'agrément des trois autorités compétentes sont généralement assez similaires, mais présentent quand même de nettes différences sur bon nombre de points concrets. Le « Dossier : Normes Maisons de repos. Tableau comparatif des normes applicables aux maisons de repos de la région de Bruxelles-Capitale agréées par la Commission communautaire commune, la Commission flamande et la Commission communautaire

française », une publication d'Infor-Homes Bruxelles (février 2012), énumère les différences entre les réglementations¹⁸⁵. Pour une comparaison de la réglementation, nous vous renvoyons dès lors à cette publication.

Voici, à titre d'illustration, quelques différences marquantes :

- l'âge minimum pour une prise en charge : 65 ans à la VG, 60 ans à la COCOM et à la COCOF ;
- la taille des chambres sans coin sanitaire : 16 m² pour une chambre individuelle et 28 m² pour une chambre de deux personnes à la VG, contre 15 m² et 22 m² à la COCOM et à la COCOF ;
- à la VG, maximum 20 % des résidents peuvent être logés dans des chambres pour deux personnes, contre maximum 50 % à la COCOM et à la COCOF ;
- la VG n'impose pas l'aménagement d'une baignoire ou d'une douche dans le coin sanitaire de la chambre, contrairement à la COCOM et à la COCOF ;
- à la VG, les lits doivent être changés au moins tous les 14 jours, à la COCOM au moins tous les 8 jours et à la COCOF au moins chaque semaine ;
- c'est la COCOM qui impose les exigences les plus strictes en ce qui concerne le nombre d'heures de formation du personnel : 30 heures par an, alors que la COCOF impose 30 heures sur une période de deux ans et la VG, 20 heures sur 2 ans¹⁸⁶.

Communauté flamande

Le « Woonzorgdecreet » flamand et les arrêtés d'exécution correspondants ont introduit une modification importante dans les chiffres de programmation des centres d'hébergement et de soins. Depuis le 1^{er} janvier 2010, les chiffres de programmation pour ces centres sont calculés sur la base des cohortes d'âge à partir de 65 ans et non plus 60 ans.

Les chiffres de programmation pour les centres d'hébergement et de soins sont déterminés comme suit :

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

L'application des chiffres de programmation est basée sur les projections de la population pour la cinquième année qui suit l'année de la demande d'autorisation préalable¹⁸⁷.

¹⁸⁵ Information consulté sur <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Dossier-Normen-Brussel-160212.pdf>

¹⁸⁶ Infor-Homes Bruxelles (2012). *Dossier : Normes Maisons de repos*. Bruxelles : Infor-Homes Bruxelles. Consulté sur <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/02/Dossier-Normen-Brussel-160212.pdf>

¹⁸⁷ Gouvernement flamand (2009). *Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches*. Annexe 12. Woonzorgcentra. *Moniteur Belge*, 17 décembre 2009. Circulaire WVG/Woonzorgdecreet/10/01 du 24 avril 2010.

En conséquence de ce nouveau seuil fixé à 65 ans, la programmation flamande pour les centres d'hébergement et de soins au 1^{er} janvier 2010 a diminué par rapport à celle du 1^{er} janvier 2009. L'arrêté du gouvernement flamand du 2 avril 2010 a apporté les modifications requises dans la réglementation afin de remettre la programmation à niveau. L'article 3 de l'arrêté modificatif du gouvernement flamand du 2 avril 2010 prévoit que le résultat du calcul du programme par commune, applicable avant le 1^{er} mai 2010, doit être multiplié par 1,047¹⁸⁸.

Pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, l'autorité flamande n'octroie qu'1/3 de la programmation prévue pour un territoire sociodémographique équivalent en Flandre. Cette dérogation est justifiée par le fait qu'en effectuant le calcul sur la base des normes de programmation flamandes, la région de Bruxelles-Capitale dispose déjà d'un surplus de places en maisons de repos.

En 2011, 1254 possibilités de logement ont été programmées par la Communauté flamande pour Bruxelles. 197 d'entre elles étaient effectivement exploitées et 1057 ont bénéficié d'une autorisation préalable. Par le biais de protocoles d'accord sur la politique à mener envers les personnes âgées, la Flandre peut décider elle-même, comme dans les autres communautés, en grande partie, comment utiliser les moyens supplémentaires pour les soins aux personnes âgées.

En outre, des centres d'hébergement et de soins agréés peuvent entrer en ligne de compte pour une subvention supplémentaire pour les activités d'animation. Sur la base du nombre de logements agréés et du nombre d'ETP qualifiés pour les activités d'animation, l'administrateur général détermine chaque année le montant maximum de la subvention par centre de repos et de soins¹⁸⁹. Cette règle de subventionnement vaut uniquement pour les établissements à caractère public ou non lucratif.

COCOM

Le Collège réuni définit la programmation pour les maisons de repos en fonction :

- de l'évolution de l'offre en matière d'accueil, d'hébergement ou de soins des personnes âgées, en tenant compte des besoins de la population bruxelloise ;
- des protocoles d'accord conclus entre l'autorité fédérale et les Communautés et Régions en ce qui concerne la politique à mener à l'égard des personnes âgées.¹⁹⁰

Le programme de la COCOM pour 2011 s'établissait à 12.600 lits. 10.960 lits étaient exploités et 1640 ont été attribués à des auteurs de projets intéressés.

La capacité maximum d'un lieu d'hébergement ne peut pas excéder 200 lits.

¹⁸⁸ Circulaire WVG/Woonzorgdecreet/10/01 du 24 avril 2010.

¹⁸⁹ *Gouvernement flamand (2009)*. Arrêté du 24 juillet 2009 du gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

¹⁹⁰ *COCOM (2008)*. *Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées*. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

Le Collège définit la programmation après avis du Conseil consultatif. La programmation tient compte :

- des besoins des personnes âgées ;
- de la structure démographique de la population de la région bruxelloise et des pronostics à cet égard ;
- des règles en matière de programmation, établies en concertation avec l'autorité fédérale et les Communautés et Régions dans le cadre des protocoles d'accord relatifs à la politique à mener à l'égard des personnes âgées ;
- de la répartition géographique des établissements et services agréés par la Commission communautaire française ou par une autre autorité compétente sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale.

Fin 2011, la programmation prévoyait 5.353 places.

Une maison de repos agréée par la COCOF comporte minimum 60 et maximum 200 places.

5.3 Offre et contenu

Le secteur des maisons de repos à Bruxelles est en pleine évolution. Ces 10 dernières années, sur la période 2002-2011, 61 établissements ont fermé, ce qui a diminué de 2.175 le nombre de places disponibles. Dans la même période, 18 nouveaux établissements ont vu le jour, avec une capacité totale de 1.450 logements.

En 2011, 10 établissements ont fermé leurs portes, diminuant le nombre de places de 267 unités, tandis qu'1 établissement de 60 places a ouvert¹⁹¹.

Communauté flamande

Ces 1254 places ont toutes été (provisoirement) attribuées fin 2011 à des auteurs de projets intéressés. Une partie de ces places attribuées ont déjà été réalisées dans la pratique, d'autres doivent encore l'être. Les deux centres d'hébergement et de soins agréés par la Communauté flamande et actifs dans la région de Bruxelles-Capitale exploitent ensemble 197 places agréées :

- « De Overbron » à Neder-over-Heembeek (44 logements) et le centre d'hébergement et de soins « Residentie Belle Vue » à Forest (153 logements, dont 45 MRS)

Cela signifie que, dans la région de Bruxelles-Capitale, 1057 places en centre d'hébergement et de soins ont été provisoirement attribuées à des auteurs de projets. Ces différents projets se trouvent actuellement à des stades de développement divers. Les auteurs de projet disposent de 5 ans pour réaliser dans la pratique les places qui leur ont été attribuées. Au moment d'attribuer les

¹⁹¹ Infor-Homes (2011). *Rapport annuel 2011*. Bruxelles : Infor-Home. Consulté sur <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/08/jaarverslag-HI-2011.pdf>

autorisations préalables, deux critères ont été observés afin de garantir une bonne répartition géographique :

- 70 % de la programmation soit 878 logements sont prévus dans les zones prioritaires de soins résidentiels et 30 % soit 376 possibilités d'hébergement sont prévues dans les zones non prioritaires de soins résidentiels
- il ne peut y avoir qu'un seul centre d'hébergement et de soins par zone de soins résidentiels et deux centres flamands agréés doivent être distants d'au moins 1 km.

Les autorisations préalables suivantes ont été délivrées :

- Dans les zones prioritaires de soins résidentiels :
 - Anderlecht : Arabesk pour 120 logements et Solidariteit voor het Gezin pour 105 logements ;
 - Bruxelles : De Overbron à Neder-Over-Heembeek : pour 15 logements supplémentaires ; Armonea : aussi bien à Neder-Over-Heembeek qu'à Laeken pour 150 logements ;
 - Evere : Sint-Jozef pour 30 logements, Sint-Vincentius pour 110 logements ;
 - Jette : De Parkresidentie pour 90 logements ;
 - Koekelberg : Sint-Vincentius pour 174 logements .
- Dans les zones non prioritaires de soins résidentiels :
 - Ixelles : Armonea pour 180 logements ;
 - Auderghem : Sint-Vincentius pour 43 logements.

COCOM

En 2011, 114 maisons de repos ont été agréées par la COCOM :

1. 27 maisons de repos sont publiques et représentent 3.636 logements ;
2. 18 établissements présentent la structure d'une ASBL et représentent 1932 logements ;
3. 69 maisons de repos sont gérées comme des établissements commerciaux et représentent au total 5.392 logements. 29 des 69 maisons de repos commerciales sont gérées par l'un des 6 grands groupes qui proposent ensemble 3676 places (Senior Livinggroup –1499 places, Senior Assist – 285 places, Médibelge – 674 places, Home Activity – 432 places, Orpea – 354 places, Armonea – 432 places)

Il s'agit au total de 10.960 logements, dont 6421 lits MRS et 4539 lits MRPA.

La répartition se présente comme suit :

Tableau 2.35 Répartition des places en maison de repos à la COCOM en fonction de la forme d'exploitation juridique¹⁹²

Forme d'exploitation	MR	MRS	Total
Public	1808	1830	3636
ASBL	838	1094	1932
Privé	3777	1615	5392
Total	6421	4539	10960

Ce qui donne la répartition suivante entre les communes.

Tableau 2.36 Nombre de places en maison de repos de la COCOM, réparties entre les communes¹⁹³

Commune	Total	Secteur		
		ASBL	Privé	Privé
Anderlecht	10	209	219	807
Bruxelles (Laeken/NOH/Haren)	7	494	331	40
Ixelles	7	268	131	201
Etterbeek	4	180	18	34
Evere	5	80	176	142
Ganshoren	2	152	0	58
Jette	0	0	0	0
Koekelberg	7	104	213	441
Auderghem	3	83	141	40
Schaerbeek	8	121	196	381
Berchem-Ste-Agatha	2	180		70
St-Gilles	5	74	0	275
Molenbeek-St-Jean	7	226	0	303
St-Josse-ten-Noode	5	110	0	430
Woluwe-St-Lambert	4	198	110	56
Woluwe-St-Pierre	15	206	137	1170
Uccle	1	110	0	0
Forest	2	130	0	45
Watermael Boitsfort	2	171	42	0
Total	7	255	159	505

En termes de nombre de places en maison de repos, Bruxelles, Molenbeek-St-Jean et Anderlecht sont largement au-dessus de la moyenne. Haren ne propose aucune maison de repos.

¹⁹² Information fournie par l'administration de la COCOM.

¹⁹³ Information fournie par l'administration de la COCOM.

Au total, ce sont 12.676 places en maison de repos qui sont prévues par la CCC. Par ailleurs, 1640 lits ont été attribués mais ne sont pas encore exploités.

Ces places supplémentaires se répartissent en 192 lits dans le portefeuille du secteur public, 110 possibilités d'hébergement dans les ASBL et 1338 lits auprès d'initiateurs privés. Cela signifie donc que 73 places en maison de repos peuvent encore être attribuées.

Pour la répartition en fonction de la forme d'exploitation juridique, voir tableau 2.38.

Pour le nombre de places en maison de repos, réparties en fonction des communes, voir tableau 2.37

40,08% des places en maison de repos dans la CCC sont occupées par des personnes appartenant aux catégories les moins graves de l'échelle de Katz : 24,70% appartiennent à la catégorie O, 15,39% à la catégorie A, 21,13% de la clientèle appartient à la catégorie B, 11,31% à la catégorie C et 27,47% à la catégorie Cd.

COCOF

Parmi les 5.353 places programmées en maison de repos, 3875 étaient exploitées, dont 1149 comme MRS. 1493 places ont été attribuées à des intervenants potentiels. En tenant compte du nombre de fermetures prévues et des places supplémentaires obtenues par l'intermédiaire des protocoles d'accord 3, 125 lits peuvent encore être attribués¹⁹⁴.

À une exception près, à savoir L'Olivier à Uccle, tous les établissements sont gérés par des auteurs de projets privés. 45,60 % des lits de maisons de repos sont gérés par 5 grands groupes commerciaux :

- Medibelge (649 lits exploités et 270 dans le portefeuille) ;
- Noble Age (220 lits exploités et 144 dans le portefeuille) ;
- Orpea (523 lits exploités et 250 dans le portefeuille) ;
- Armonea (52 lits exploités et 175 dans le portefeuille) ;
- Senior-Assist (136 lits exploités).

En 2011, sur les 3875 lits exploités, 3811 ont été occupés par des résidents. La répartition entre les communes se présente comme suit :

Pour le nombre de places en maison de repos de la COCOF réparties entre les communes,¹⁹⁵ voir tableau 2.37. Pour la répartition selon la forme d'exploitation juridique, voir tableau 2.38.

Le plus petit établissement propose 25 places, le plus grand 180. 11 établissements hébergent moins de 50 résidents. Le nombre moyen de places par établissement s'établit à 82.

Parmi les autorisations promises pour des places supplémentaires, 185 places concernent des projets d'agrandissement et 1308 concernent de nouvelles initiatives. Il s'agit de 10 projets

¹⁹⁴ Information fournie par l'administration de la COCOF.

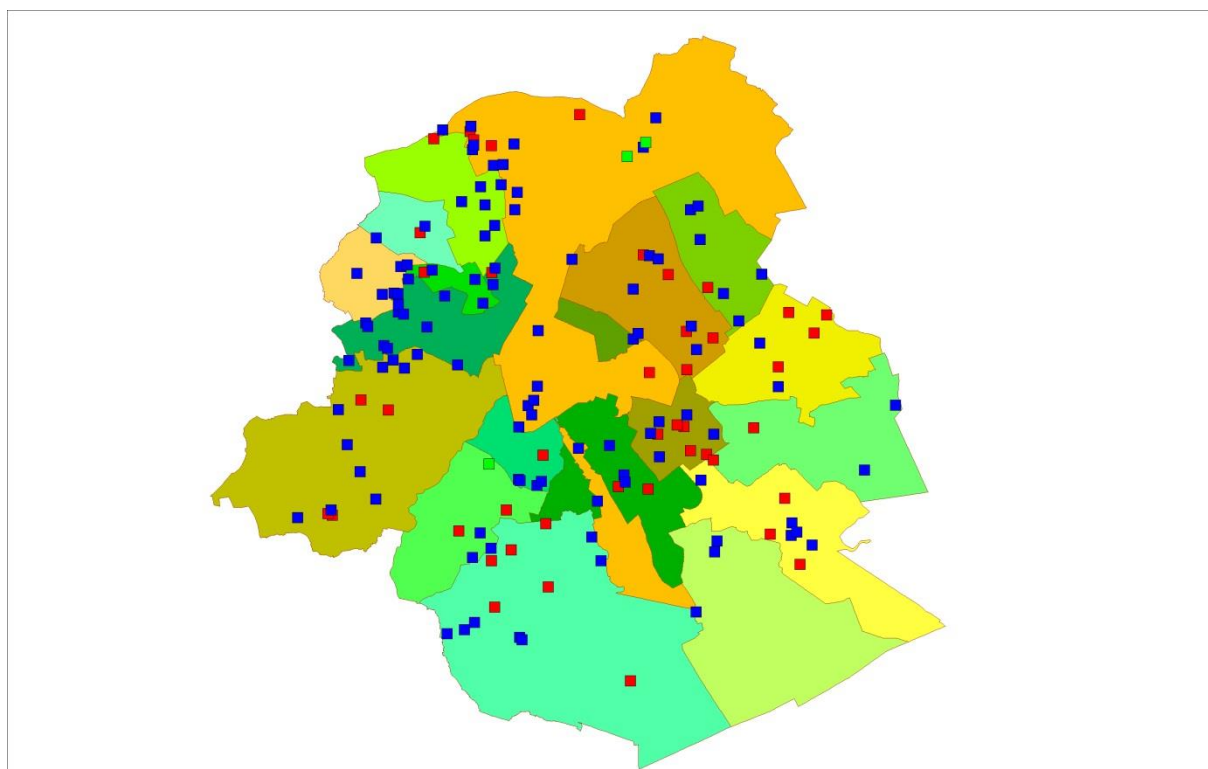
¹⁹⁵ Information fournie par l'administration de la COCOF.

prévoyant entre 74 et 250 places : Tamaris : 144 ; Serenity : 180, Orpea Calvoet : 250 ; Jardins de Lemonier : 79 ; Green Square : 74 ; Foresterie : 120 ; Eden Rock : 60 ; De Wand-Janson : 131 ; Chateau d'or : 150 ; Calvoet : 120.

Tableau 2.37 Nombre de places en maison de repos réparties entre les communes

Commune	COCOM				COCOF				VG			
	Institutions	MR	MRS	Total	Institutions	MR	MRS	Total	Institutions	MR	MRS	Total
Anderlecht	10	703	532	1235	4	207	194	401	0	0	0	0
Bruxelles	7	389	476	865	2	70	25	95	0	0	0	0
Ixelles	7	390	210	600	2	107	0	107	0	0	0	0
Etterbeek	4	100	132	232	5	202	90	292	0	0	0	0
Evere	5	181	217	398	1	75	50	125	0	0	0	0
Ganshoren	2	155	55	210	1	35	25	60	0	0	0	0
Jette	7	455	303	758	1	100	70	170	0	0	0	0
Koekelberg	3	194	70	264	1	60	0	60	0	0	0	0
Laeken	8	464	234	698	4	176	40	216	0	0	0	0
Neder-Over-Heembeek	2	118	132	250	0	0	0	0	1	44	0	44
Auderghem	5	230	119	349	3	76	55	131	0	0	0	0
Schaerbeek	7	350	179	529	5	450	229	679	0	0	0	0
Berchem-Ste-Agathe	5	341	199	540	0	0	0	0	0	0	0	0
St-Gilles	4	219	145	364	1	31	25	56	0	0	0	0
Molenbeek-St-Jean	15	1001	512	1513	2	86	25	111	0	0	0	0
St-Josse-Ten-Noode	1	50	60	110	0	0	0	0	0	0	0	0
Woluwe-St-Lambert	2	120	55	175	4	351	25	376	0	0	0	0
Woluwe-st-Pierre	2	93	120	213	2	75	65	140	0	0	0	0
Uccle	7	475	444	919	8	456	131	587	0	0	0	0
Forest	3	167	80	247	2	105	100	205	1	108	45	153
Watermael-Boitsfort	3	226	265	491								
Total	109	6421	4539	10960	48	2662	1149	3811	2	152	45	197

Figure 2.2 Aperçu maison de repos Région Bruxelles-Capitale



Maison de repos

■ VG (2)

■ COCOF (48)

■ GGC/COCOM (109)

Nombre d'institutions: 159

Tableau 2.38 Répartitions des places en maison de repos en fonction de la forme d'exploitation juridique

Commune	Sector public - OCMW				Commercial				ASBL			
	Institutions	MR	MRS	Total	Institutions	MR	MRS	Total	Institutions	MR	MRS	Total
Anderlecht	1	64	145	209	11	757	451	1208	2	89	130	219
Bruxelles	3	205	289	494	3	110	25	135	3	144	187	331
Ixelles	2	199	69	268	6	268	40	308	1	30	101	131
Etterbeek	2	48	132	180	6	236	90	326	1	18	0	18
Evere	1	48	32	80	3	152	115	267	2	56	120	176
Ganshoren	1	97	55	152	2	93	25	118	0	0	0	0
Jette	1	64	40	104	6	403	208	611	1	88	125	213
Koekelberg	1	58	25	83	2	100	0	100	1	96	45	141
Laeken	1	45	76	121	10	447	120	597	1	118	78	196
Neder-Over-Heembeek	1	73	107	180	1	45	25	70	1	44	0	44
Auderghem	1	49	25	74	7	257	149	406	0	0	0	0
Schaerbeek	2	97	129	226	10	703	279	982	0	0	0	0
Berchem-Ste-Agathe	1	55	55	110	4	286	144	430	0	0	0	0
St-Gilles	1	98	100	198	3	87	25	112	1	65	45	110
Molenbeek-St-Jean	1	95	111	206	14	924	318	1242	2	68	108	176
St-Josse-Ten-Noode	1	50	60	110	0	0	0	0	0	0	0	0
Woluwe-St-Lambert	1	75	55	130	5	396	25	421	0	0	0	0
Woluwe-st-Pierre	1	81	90	171	2	75	65	140	1	12	30	42

Uccle	2	150	105	255	11	697	275	972	2	84	195	279
Forest	1	98	55	153	5	282	170	452	0	0	0	0
Watermael-Boitsfort	1	57	75	132	1	110	190	300	1	59	0	59
Total	27	1806	1830	3636	112	6428	2739	9197	20	971	1164	2135

En 2011, dans toutes les maisons de repos bruxelloises, 482 personnes de moins de 60 ans ont séjourné dans les établissements agréés par la COCOM (82 dans les établissements publics, 54 dans les établissements disposant d'un statut d'asbl et 346 dans les maisons de repos commerciales) et 94 ont séjourné dans des établissements agréés par la COCOF. Il s'agit donc au total de 576 résidents de moins de 60 ans. Selon une étude exploratoire du « Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad », basée sur les chiffres de référence de l'INAMI, quelque 600 personnes de moins de 60 ans avaient été accueillies dans les maisons de repos bruxelloises en 2007. Cela signifie que, sur une période de 5 ans, le nombre de personnes âgées de moins de 60 ans séjournant dans des maisons de repos n'a pas diminué de façon spectaculaire.

Par ailleurs, cette même étude indique que plus de 600 personnes handicapées ont également été prises en charge dans des maisons de repos, où elles n'ont pas vraiment leur place. Ce chiffre a été obtenu à la suite d'une enquête menée auprès des maisons de repos et à laquelle 55 établissements ont participé (représentant 5.610 lits). 239 résidents de ces 55 établissements appartenaient au groupe cible des personnes souffrant d'un handicap. Ces personnes occupaient ainsi 4,26 % des lits disponibles. Par extrapolation à tous des maisons de repos bruxelloises, cela signifie que quelque 640 personnes handicapées ont été hébergées dans des maisons de repos bruxelloises¹⁹⁶.

Par souci de correction, nous tenons à préciser que les chiffres relatifs au nombre de personnes de moins de 60 ans souffrant d'un handicap et qui n'ont pas leur place dans une maison de repos ne peuvent pas être simplement additionnés, étant donné que plusieurs personnes souffrant d'un handicap et qui séjournent en maison de repos ont également moins de 60 ans. L'étude ne nous a pas permis de déterminer le nombre de doublons.

5.4 Contribution de l'utilisateur : tarifs des maisons de repos¹⁹⁷

Le prix comprend les coûts pour le séjour, l'hébergement et les soins. Par ailleurs, un supplément peut également être porté en compte pour un certain nombre de services et fournitures (matériel d'incontinence, coiffeur, pédicure, boissons en dehors des repas, etc.).

¹⁹⁶ Van Dooren, L. & Blockerije, C. (2008). *Personen met een handicap in het Brusselse hoofdstedelijke gewest: een situatieleanalyse*. Brussel: Brussels Regionaal Overleg Gehandicaptenzorg – Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad.

¹⁹⁷ Pour cette partie, les chiffres proviennent uniquement de la CCC, pas de la COCOF ni de la VG. Ces données sont donc uniquement indicatives pour Bruxelles.

L'abondance de maisons de repos à Bruxelles et leur énorme diversité entraînent également une grande variété de tarif. En règle générale, nous pouvons affirmer que en 2011 la majorité des établissements pratiquent un tarif journalier compris entre 35 et 55 EUR (1.100 EUR et 1.700 EUR par mois).

Dans toutes les maisons de repos, le matériel d'incontinence est compris dans le tarif journalier. En 2011, les maisons de repos agréées par la COCOM et la COCOF se trouvent encore dans une période de transition pour ce qui concerne la prise en charge du matériel d'incontinence dans le prix journalier.

Comme l'indexation du tarif journalier ne requiert plus l'autorisation du Service Public Fédéral Economie, les prix ont augmenté dans la plupart des maisons de repos au cours de l'année 2011¹⁹⁸.

Le prix moyen journalier pour la chambre individuelle la plus chère dans un établissement s'établit à 49,54 EUR. On remarque cependant de grosses différences. Ainsi, le secteur public propose la chambre la plus chère à un prix moyen de 42,79 EUR, alors qu'il faudra déboursier 52,40 EUR dans une maison de repos commerciale et même 54,57 EUR dans une maison de repos disposant du statut d'ASBL.

Les chambres individuelles les moins chères sont proposées par les établissements commerciaux. Le résident paiera 40,19 EUR par jour, contre respectivement 40,97 EUR et 45,29 EUR dans le secteur public et dans les ASBL.

Pour une chambre double classique, il faut compter 36,35 EUR par jour.

Les chambres pour deux personnes les moins chères coûtent, par maison de repos, en moyenne 35,28 EUR. À cet égard, le secteur commercial, qui propose des chambres à 32,24 EUR, est nettement moins cher que les établissements possédant le statut d'asbl, qui facturent 37,54 EUR. Le secteur public est le plus cher en ce qui concerne les chambres pour deux personnes, avec un tarif journalier de 40,78 EUR.

Indépendamment des chiffres fournis par la COCOM, il est frappant de constater qu'à l'heure actuelle, certains prix journaliers dépassent déjà les 70,00 EUR. Ainsi, une personne âgée séjournant à la nouvelle résidence « Les terrasses des Hauts-Prés » à Uccle, qui a ouvert ses portes début 2012, paie 74,00 EUR ; pour une chambre de deux personnes, il faut compter 60 EUR.

¹⁹⁸ Infor-Homes (2011). *Rapport annuel 2011. Bruxelles: Infor-Home*. Consulté sur <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/08/jaarverslag-HI-2011.pdf>

Tableau 2.39 Aperçu des tarifs journaliers moyens à la COCOM selon les communes bruxelloises¹⁹⁹

Commune	Prix du jour		
	Chambre individuelle, prix le plus avantageux	Chambre individuelle, prix le plus cher	Lit dans une chambre à deux
Bruxelles /Laeken/Neder	42,93 €	49,18 €	33,15 €
Schaerbeek	38,15 €	44,60 €	25,06 €
Etterbeek	36,71 €	36,79 €	30,81 €
Ixelles	46,36 €	52,37 €	30,46 €
St-Gilles	35,50 €	46,51 €	32,28 €
Anderlecht	40,11 €	53,81 €	25,05 €
Molenbeek	39,88 €	47,44 €	26,66 €
Koekelberg	29,54 €	52,02 €	26,92 €
Berchem-Ste-Agatha	42,56 €	43,06 €	36,98 €
Ganshoren	42,59 €	45,06 €	30,36 €
Jette	44,72 €	55,41 €	25,94 €
Evere	43,38 €	52,47 €	36,12 €
Woluwe-St-Pierre	41,43 €	48,67 €	32,00 €
Auderghem	38,65 €	52,91 €	34,16 €
Watermael-Boitsfort	49,05 €	50,31 €	37,17 €
Uccle	40,73 €	57,47 €	34,12 €
Forest	43,17 €	52,21 €	
Woluwe-St-Lambert	40,25 €	41,26 €	35,45 €
St-Josse-ten-Noode	40,06 €	40,06 €	38,28 €
Moyenne	41,18 €	49,54 €	36,35 €

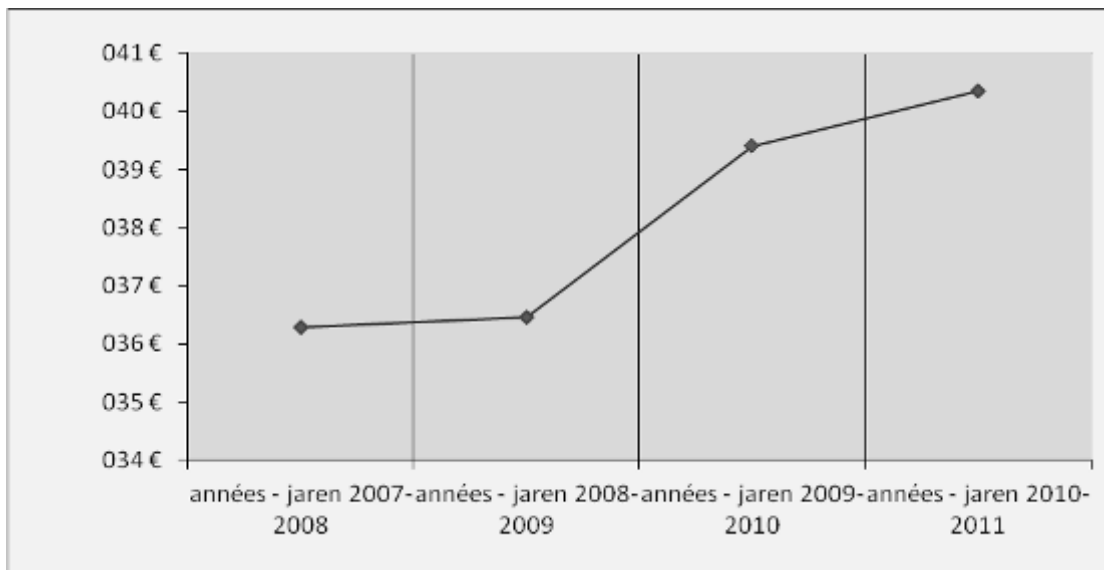
Les tarifs journaliers les plus bas dans la catégorie des chambres individuelles les moins chères sont proposés dans les communes de Koekelberg (29,54 EUR) et de Saint-Gilles (35,50 EUR). Les chambres individuelles les plus chères sont proposées à Uccle (57,47 EUR), Jette (53,98 EUR), et Anderlecht (53,81 EUR). Pour un lit dans une chambre de deux personnes, les prix les plus intéressants sont proposés à Anderlecht (25,05 EUR), Schaerbeek (25,06 EUR) et Jette (25,94 EUR), contrairement à Saint-Josse-ten-Noode, où il faut compter en moyenne 38,28 EUR par nuit.

En trois ans, les prix des chambres les moins chères ont augmenté de 4,77 EUR par jour (de 36,41 EUR à 41,18 EUR) et ceux des chambres les plus chères ont augmenté de 7,15 EUR (de 42,39 EUR à 49,54 EUR). À cet égard, il est frappant de constater que ce sont les prix des chambres du secteur non-public qui ont le plus progressé. Si les prix journaliers des établissements possédant un statut d'asbl ont augmenté de 5,15EUR, ceux du secteur commercial ont grimpé de 5,69 EUR, soit plus du double. Avec une hausse de 3,35 EUR, l'augmentation du prix dans le secteur public se situe entre les deux autres secteurs²⁰⁰. Le tableau ci-dessous présente l'évolution des prix des maisons de repos.

¹⁹⁹ Chiffres fournis par l'administration de la COCOM. Ces chiffres donnent une indication sur les prix journaliers des établissements agréés par la VG et la COCOF.

²⁰⁰ Informations fournies par l'administration de la COCOM.

Figure 2.3 Évolution des tarifs des maisons de repos ²⁰¹



²⁰¹ Informations fournies par l'administration de la COCOM.

5.5 Conclusion maisons de repos / centres d'hébergement et de soins

Les **réglementations** sur les maisons de repos ou les centres d'hébergement et de soins sont **en grande partie similaires**. Nous pouvons cependant affirmer que c'est la COCOF qui détaille le mieux toute l'organisation. À cet égard, elle joint à la réglementation un certain nombre d'annexes avec un règlement d'ordre intérieur, un modèle de contrat entre l'établissement et le résident, un modèle de note du projet de vie... La communauté flamande préfère renvoyer à une politique de qualité et à un coordinateur de qualité auquel il est possible de faire appel. Celui-ci doit élaborer les diverses procédures permettant de répondre aux exigences minimums en matière de qualité. Le contenu relève cependant de la responsabilité de l'établissement. La COCOM se situe entre la COCOF et la Communauté flamande. De nombreuses normes de la COCOM sont similaires à celles de la COCOF. Le *Dossier : Normes Maisons de repos d'Infor-Homes* (février 2012) présente un bon aperçu des différences dans la réglementation.

Toutes les autorités ont décidé de **supprimer les chambres communes**. L'offre se compose maintenant de chambres individuelles ou de deux personnes. Dans son Woonzorgdecreet, la VG a clairement opté pour un accueil en chambres individuelles. C'est la raison pour laquelle maximum 20 % des résidents peuvent encore séjourner dans une chambre pour deux personnes. Pour la COCOF et la CCC, ce pourcentage est encore de 50%.

La **programmation** des différentes autorités est quasiment **épuisée**. Différents auteurs de projets ont reçu une autorisation provisoire pour les logements restants qui ne sont pas encore exploités. Cela signifie que quelque 2.500 places vont venir s'ajouter dans les prochaines années, pour autant qu'aucun autre établissement ne ferme ses portes. À court terme, 192 possibilités d'hébergement peuvent encore être attribuées à des initiateurs privés par les trois autorités compétentes.

La majorité des établissements disposent d'une exploitation commerciale, la moitié d'entre eux environ étant gérés par quelques grands groupes commerciaux : Orpea, Senior Livinggroup, Senior Assist, Medibelge, Noble Age, Home Activity ou Armonea. Du côté de la COCOF, tous les acteurs – à une exception près – ont un but commercial. À la COCOM et à la VG, le rapport entre les exploitants ou auteurs de projets commerciaux et non commerciaux est environ de 50-50. Si les places en maison de repos qui se trouvent actuellement dans le portefeuille d'initiateurs privés sont réalisées et exploitées, la proportion de lits exploités par des exploitants commerciaux passera à plus de 57%. C'est également le cas en Communauté flamande.

Dans l'accord du gouvernement Flamand il est indiqué que la Communauté Flamande s'adresse à 30% des Bruxellois. La Communauté Flamande a cependant décidé dans le "décret ministériel pour d'établissements résidentiels pour personnes âgées pour une fixation des projections démographiques" du 23/09/2011 sur la programmation à s'écarter du standard Bruxellois et de programmer pour 10% au lieu de 30%. Il le fait principalement pour garantir aux néerlandophones des établissements où ils pourront s'exprimer dans leur langue maternelle. Le développement limité des centres de soins résidentiels a également des répercussions sur l'aménagement des centres de court séjour, qui doivent être intégrés dans les centres d'hébergement et de soins. Cela entraîne un manque d'ancrage pour les centres de court séjour.

Les **tarifs journaliers** dans le secteur et dans les établissements proprement dits varient très fortement. Le prix moyen de la chambre individuelle la moins chère du secteur est inférieur de plus de 7 EUR au prix le plus élevé pour ce type de chambre. Ce sont les établissements possédant un statut d'asbl qui pratiquent les tarifs journaliers les plus élevés. Ces dernières années, les prix ont augmenté de façon non négligeable, principalement dans les établissements commerciaux.

Le nombre de maisons de repos a diminué au cours des dernières années. La nouvelle tendance est à **l'agrandissement d'échelle**. Les maisons de repos plus petites éprouvent davantage de difficultés à se conformer aux nouvelles réglementations.

On dénombre environ 600 personnes de moins de 60 ans dans les maisons de retraite. Elles y sont généralement hébergées parce qu'aucun accueil adapté n'est disponible pour elles ailleurs (personnes souffrant de problèmes psychiques, personnes souffrant d'un handicap, démence précoce...).

Pour ce qui concerne le profil de soins, environ 30% des résidents des maisons de repos sont atteints de démence.

40% des résidents appartiennent aux catégories C, Cd et Ccoma de l'échelle de Katz, 20% ont un profil B et les 40% restants appartiennent aux catégories O ou A.

6. Formes de logement alternatives

6.1 Introduction

Dans la partie dédiée aux structures résidentielles, nous examinons également quelles sont les possibilités alternatives de logement pour les personnes âgées. En vieillissant, le besoin de soins augmente. Toutefois, il n'existe pas de profil universel pour la personne âgée. Chacun vit différemment le fait de vieillir et d'avoir besoin de soins. Une personne peut préférer se reposer sur une famille et des amis, alors qu'une autre opte pour des formes plus formelles de soutien et de soins. La plupart des personnes âgées préfèrent néanmoins vivre en autonomie et reporter le plus longtemps possible un déménagement vers une maison de repos ou un centre de soins et de logement.

La disponibilité de l'aide et des personnes qui offrent cette aide, est souvent liée au mode de logement. Ainsi, l'aide apportée par la famille, les amis et les voisins et les services de soins à domicile permettent davantage de vivre plus longtemps de manière autonome. Dans cette partie, nous abordons à la fois les initiatives innovantes de logement au sein des structures institutionnelles et les initiatives non institutionnelles.

6.2. Initiatives institutionnelles innovantes

- Les structures institutionnelles qui sont organisées par décret présentent l'inconvénient qu'elles sont « de manière polarisante » fortement éloignées de la propre habitation précédente de la personne âgée. La personne âgée qui a tout de même décidé de s'installer dans une telle institution, éprouve plus souvent le problème de la perte des habitudes domestiques et de l'éloignement de son environnement naturel. Pour permettre dès lors que l'environnement soit le plus naturel possible, on préfère combiner une maison de repos avec (à titre d'exemple, non limitatif) :
 - Een Maison de quartier ;
 - une garderie (crèche) ;
 - un centre pour l'accueil temporaire des jeunes ;
 - un centre d'accueil pour les jeunes mamans et les mamans isolées, avec leur bébé ou non ;
 - un centre de services (centre de jour, centre de services local,...);
 - un atelier protégé ;
 - un centre pour handicapés.
- Par ailleurs, on compte également parmi les initiatives innovantes les appartements « doubles », un pour la personne nécessitant des soins et un pour le partenaire autonome.

- A l'heure actuelle, il est uniquement question dans la réglementation de la COCOF de maisons communautaires. L'art. 3 stipule que la capacité maximale de places dans les maisons communautaires qui peut être agréée est de 3 par 1000 habitants de plus de 60 ans. Le titre 4 traite des normes relatives aux maisons communautaires.

Une maison communautaire a une capacité de minimum 3 et maximum 15 résidents.

Une maison communautaire dispose au moins de l'équipement suivant :

- une cuisine équipée d'un évier, d'un réfrigérateur, d'une plaque de cuisson d'au moins 4 points de cuisson et d'un four ;
- une salle de bain comportant au minimum un lavabo et une douche ou un bain par 4 résidents ;
- un WC par 4 résidents ;
- un living comprenant une salle à manger d'une capacité de places simultanées au moins égale à la capacité maximale de la maison communautaire ;
- un salon, équipé de fauteuils et d'une table ou deux pièces distinctes offrant ces aménagements ;
- un lavabo équipé d'eau chaude et froide dans chaque chambre.

La capacité maximale des chambres est de deux personnes. La superficie minimale est de 12m² pour une chambre d'une personne et de 18 m² pour une chambre de deux personnes²⁰².

6.3. Formes de logement alternatives²⁰³

Les formes de logement pour les personnes âgées vont de l'habitat autonome/individuel à un centre de soins et de logement. Ces deux extrêmes sont déjà repris de manière détaillée dans cette étude et ne sont dès lors pas mentionnés dans l'inventaire des alternatives ci-dessous.

Habitat autonome

Les logements kangourous, les résidences-services et les logements à assistance sont des alternatives à part entière à l'habitat autonome. Parce qu'ils ont un cadre clair et que l'organisation est soumise à des conditions spécifiques, ils sont expliqués plus en détail.

Logement kangourou

²⁰² Arrêté 2008/1561 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 2 avril 2009.

²⁰³ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Dans le cadre du logement kangourou, une habitation est partagée par une personne âgée ou un couple âgé et une jeune famille, qui occupe l'étage/les étages supérieur(s). Les deux sont ainsi « l'aidant » et « l'aidé » :

- la personne âgée ne se sent pas seule et peut toujours faire appel à la jeune famille, par ex. au moyen d'un parlophone ;
- la famille peut faire appel à plusieurs services non réglementés, comme la garde des enfants, l'aide aux devoirs, des petites courses, etc.

Un exemple est le projet de logement kangourou du centre d'intégration régional Foyer à Molenbeek-St-Jean, désignant la cohabitation d'une personne âgée autochtone avec une famille allochtone. Ils sont en outre tous les deux locataires de leur habitation.

En marge de cela, il est bien aussi de mentionner l'accueil familial. L'accueil familial est organisé par une personne de droit privé ou une personne physique et peut offrir un logement à maximum trois résidents. La COCOF prévoit un règlement spécifique pour l'accueil familial dans l'Arrêté 2008/1561 du Collège de la Commission communautaire Française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées.

Résidences-services et logements à assistance

Les résidences-services sont une forme de logement d'appui. Les logements sont construits dans l'environnement immédiat d'une maison de repos ou une maison de soins. Si le logement est situé un peu plus loin de la maison de soins, on parle d'un logement satellite. La formule de logement dans ce logement satellite est toutefois la même que dans une résidence-services. L'utilisateur d'une résidence-services vit en toute autonomie mais peut profiter des services de la maison de repos. Cela va de l'offre de repas chauds jusqu'aux soins. Cette forme de logement correspond étroitement aux logements à assistance des autorités flamandes.

Un exemple intéressant est la Résidence Magnolia, construite à l'endroit de l'ancien couvent des Sœurs hospitalières Augustines de Bruxelles, à côté du centre gériatrique. La résidence comprend 34 appartements d'une superficie utile de 68 à 84 m², qui sont loués à des personnes de plus de 60 ans à un loyer variant de € 770,00 à € 810,00 par mois (toutes les charges communes, l'assurance incendie, le système d'appel d'urgence, etc. compris). Les premiers résidents y sont entrés en août 2005. Les locataires y vivent de manière tout à fait autonome et y séjournent en principe pour le reste de leur vie, sauf si le bailleur et/ou le locataire décident ou jugent que le besoin en soins est devenu trop important et qu'un passage (définitif) dans une maison de repos est nécessaire. Les résidents disposent d'un système d'appel : le système classique de téléassistance, qui permet d'avertir les aidants proches ainsi que le centre gériatrique en cas d'appels d'urgence. Les initiateurs ont très consciemment choisi le statut de "Logements pour personnes âgées" et non la formule d'une résidence-services. Les résidents peuvent profiter, à condition de se déplacer, des services de la maison de repos MRPA-MRS, comme le repas de midi au restaurant, le conseil et l'aide du service social, une aide et un conseil en cas de problèmes techniques, etc. La résidence n'a pas le statut d'une résidence-services du fait qu'il n'y a pas toujours en permanence une personne que l'on peut appeler.

Les logements à assistance sont des unités d'habitation adaptées individuelles, où les usagers de 65 ans ou plus habitent en toute autonomie et où ils peuvent faire appel de manière facultative à des soins pour personnes âgées. Un assistant au logement est présent dans un groupe de logements à assistance où il y a au moins un local commun. Cet assistant au logement facilite et favorise le développement du réseau social et fait fonction de point de contact pour les résidents. La tâche de l'assistant au logement peut également être assumée par le personnel d'une structure résidentielle ou d'un centre de services²⁰⁴.

Habitat groupé

L'habitat groupé signifie que chaque habitant a sa propre habitation, mais qu'ils partagent également tous plusieurs espaces. Il existe plusieurs variantes que nous détaillons davantage, les différences se situant principalement, d'une part, au niveau du degré de collectivité et, d'autre part, au niveau de l'organisation ou non d'une dispense de soins. En outre, certaines variantes sont davantage indiquées pour de petits groupes.

Nous connaissons tous la forme basique de l'habitat groupé, à savoir les logements sociaux. Dans les concepts initiaux, des espaces communs étaient déjà prévus pour tous les résidents. Dans un premier temps, les résidents n'optent pas pour l'habitat groupé, mais tout le potentiel est présent.

Habitat central

Dans le cadre de l'habitat central, chacun vit dans sa propre maison, souvent autour d'un jardin commun ou d'une cour intérieure commune. Par ailleurs, il y a d'autres espaces (garage, buanderie,...) où les résidents peuvent remplir une fonction à responsabilité. Il y a beaucoup de contacts sociaux entre les résidents, ce qui engendre fréquemment un lien solide. En outre, ce sont à la fois des jeunes et des personnes âgées qui vivent conjointement dans ces groupes. A Bruxelles, nous regroupons essentiellement sous cette dénomination les achats collectifs qui sont nés à la fin du siècle passé.

L'expérience de l'habitat central nous apprend qu'il faut beaucoup chercher au début mais après un certain temps les projets subsistent longtemps. Un avantage de l'habitat central est qu'il convient bien pour les soins informels. Les résidents se connaissent et viennent en aide si besoin est. Il y règne une préoccupation saine et l'on peut compter sur le soutien des voisins. Il est à cet égard essentiel de fixer des accords. Mais si les résidents devaient en outre avoir besoin de soins professionnels, ils peuvent toujours demander des soins à domicile²⁰⁵.

Cohousing

²⁰⁴ Voir aussi Partie 2.2, chapitre 4. Résidence-service/group de maisons d'assistances.

²⁰⁵ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Dans le cas du **cohousing**, chaque individu ou famille a son propre logement avec un living, une cuisine, une salle de bain, une toilette et une (des) chambre(s). Il y a par ailleurs différentes pièces communes où une salle de vie et à manger commune avec une cuisine connexe bénéficie d'une place centrale. Un atelier de bricolage, une buanderie, un garage pour vélos, une chambre d'amis peuvent éventuellement aussi être mis à la disposition de tous les résidents. Souvent, le jardin est en grande partie commun. Le cohousing peut se baser sur une certaine philosophie ou conception de la vie comme l'écologie ou la fraternité spirituelle. Les aspects fondamentaux sont le confort, les relations sociales, la durabilité et un environnement agréable. Les résidents des projets de cohousing réalisent souvent des activités ensemble. Entrer dans un tel projet revient dès lors à choisir à vivre en groupe. La composition du groupe revête par conséquent une grande importance.

La vie privée réduite dans le cohousing est compensée par la préoccupation saine parmi les cohabitants. S'aider les uns les autres semble être dès lors un point de départ du cohousing, ce qui fait que la solidarité mutuelle est très grande. Si nécessaire, les résidents peuvent faire appel à des soins professionnels. Et ils peuvent également être organisés de manière conjointe²⁰⁶.

L'habitat en cluster est une variante à plus petite échelle de l'habitat groupé pour les personnes qui ont besoin de soins intensifs et/ou d'une surveillance 24h sur 24. Chacun vit dans son propre logement, mais ceux-ci ont été regroupés afin de pouvoir offrir plus facilement des soins à domicile ainsi que des services.

Un exemple est parmis au point par De Overmolen, Baïta et le CAW Archipel dans la Rue de la Braie, 25 à 1000 Bruxelles, où les personnes âgées et les sans abris peuvent compter sur les services d'une infirmière à temps plein.

Une autre variante d'habitat groupé à petite échelle est **Abbeyfield**, dont 2 maisons existent déjà à Bruxelles (Etterbeek et Watermael-Boitsfort). Contrairement à l'habitat en cluster, la cohabitation autonome occupe une place centrale dans cette forme de logement. Chaque maison a un responsable et des volontaires qui soutiennent les résidents, mais il n'y a pas de permanence et les maisons ne sont pas aménagées pour dispenser des soins intensifs.

À Etterbeek, il s'agit d'une maison réservée aux personnes aux revenus modestes. Le loyer mensuel, y compris les charges communes, le recours à une aide pour la cuisine et un repas commun par jour, s'élève à maximum €660,00 et dépend des revenus. Ce loyer comprend l'utilisation de son propre appartement de 40-50 m² environ, ainsi que l'utilisation de toutes les parties communes, dont la cuisine, un salon, la salle à manger, etc. Le loyer relativement bas à Etterbeek est possible parce que le bâtiment, propriété de la commune d'Etterbeek, a été donné en bail emphytéotique à l'organisation.

Habitat pointillé

²⁰⁶ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

La troisième variante de l'habitat groupé est l'**habitat pointillé**. Dans le cadre plus grand d'un immeuble à appartements, chacun a son appartement privé. Un groupe de personnes âgées vivant réparties dans un immeuble décident de partager ensemble un seul appartement. Elles aménagent ensemble cet espace commun et l'utilisent pour rechercher la compagnie des uns des autres, regarder la tv, manger ensemble, créant ainsi un sentiment de groupe. L'appartement peut également être utilisé comme point central pour les services de soins à domicile auxquels ils font appel ensemble le cas échéant. Dans cette variante d'habitat groupé, il y a manifestement encore beaucoup de place pour la vie privée.

Pour pouvoir supporter les frais de l'appartement supplémentaire, les groupes se composent généralement de huit à dix occupants. Ils se chargent ensemble de l'aménagement et de l'entretien de l'appartement. Les frais pour les soins à domicile et le ménage peuvent également être partagés. La composition du groupe change souvent. Ainsi, des membres peuvent quitter le groupe et d'autres peuvent y accéder.

En ce qui concerne les soins, les personnes âgées peuvent également compter dans le cadre de cette forme de logement sur les uns les autres pour les plus petites formes de soutien comme apporter la nourriture, aller au magasin... Le groupe ne garantit pas les soins professionnels mais ils peuvent toutefois être organisés conjointement²⁰⁷.

Communautés d'habitation de personnes âgées

Dans une communauté d'habitation, les résidents vivent ensemble de manière intentionnelle. A l'exception des chambres à coucher, toutes les pièces sont communes. La communauté d'habitation est souvent liée à une idéologie ou conception de vie. Les résidents font beaucoup de choses ensemble et cela exige une grande flexibilité et ouverture par rapport aux préférences des autres. Un grand avantage d'une communauté d'habitation est que l'on n'est jamais seul et que l'on peut toujours compter sur quelqu'un.

Une communauté d'habitation pour personnes âgées demande un grand engagement des résidents et est un choix délibéré. Il est souvent question d'un plus petit groupe de personnes âgées (3 à 5 personnes) qui partent de l'idée de cohabiter et de veiller les uns sur les autres. Aussi s'aident-ils pour la cuisine, les courses, le ménage... Ils mangent ensemble, regardent la télévision ensemble... en d'autres termes ils font beaucoup d'activités ensemble. Lorsqu'une personne est malade, ils se viennent en aide, mais ils laissent les soins personnels ou médicaux à des tiers. Chaque communauté d'habitation utilise également les services à domicile comme les soins familiaux, l'aide aux familles, le coiffeur, la pédicure... Le partage des services permet en outre de réduire les coûts et constitue un réel avantage de la cohabitation dans une communauté d'habitation pour les personnes âgées.

²⁰⁷ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Chaque résident a sa propre chambre à coucher qu'il peut aménager lui-même. Toutes les autres pièces (living, salle à manger, cuisine, salle de bain et sanitaires) sont communes. Toutes ces pièces sont aménagées et entretenues de commun accord.

Comme souvent dans une communauté d'habitation, le résident d'une communauté d'habitation pour personnes âgées doit également être ouvert aux autres pour pouvoir cohabiter. Les principes fondamentaux sont la tolérance et la solidarité et cela implique de bons accords et une concertation régulière. Bon nombre de communautés reçoivent le soutien d'un volontaire ou d'un encadrant professionnel de l'organisation fondatrice. Cet encadrement peut consister à organiser des activités, mais aussi à résoudre des problèmes ou à accompagner un résident de manière individuelle²⁰⁸.

Une communauté d'habitation de personnes âgées vise plusieurs personnes âgées qui ne nécessitent pas de soins en particulier. Le tout est géré en majeure partie par les personnes âgées elles-mêmes et est né de l'initiative de l'une d'elles ou d'un groupe de personnes (physiques ou morales), en dehors de tout cadre légal spécifique et sans but lucratif. Nous distinguons trois formules analogues : l'habitat central, le cohousing et le *gestippeld wonen*.

L'une des initiatives existantes est la vzw Abbeyfield qui gère pour le moment 4 maisons en Wallonie et à Bruxelles.

A Etterbeek, il s'agit d'une maison réservée aux personnes ayant un revenu modeste. Le loyer mensuel, comprenant les charges communes, l'emploi d'un aide-cuisinier et un repas commun par jour, se monte à maximum € 660,00 et ce, en fonction du revenu. Il englobe tant l'utilisation d'un studio d'env. 40-50m² que l'utilisation de toutes les pièces communes, dont la cuisine, le salon, la salle à manger, etc. Le loyer relativement bas à Etterbeek est possible car le bâtiment, propriété de la commune d'Etterbeek, a été cédé en emphytéose à l'organisation.

6.4 Conclusion afférente aux formes de logement alternatives

Seule la COCOF dispose dans sa réglementation pour les soins résidentiels pour les personnes âgées d'une réglementation afférente aux projets de cohabitation et d'habitat communautaire. Cela manque au niveau de la COCOM et de la Communauté flamande, même si ces deux instances font savoir que leur réglementation fait preuve d'ouverture pour cette forme de vie communautaire. Cela montre que peu de choses ont encore été mises en place en ce qui concerne les formes de logement pour les personnes âgées, mais que l'attention que l'on y porte augmente.

Il n'existe à l'heure actuelle que quelques initiatives et différents projets tests ont été élaborés en ce qui concerne des formes de logement alternatives. Les initiatives proviennent généralement d'asbl qui sont, le cas échéant, liées à un CPAS.

²⁰⁸ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

Les formes alternatives de logement sont encore peu connues. Là où elles sont développées, l'intérêt d'accéder au projet est à chaque fois relativement grand.

Il y a une demande parmi les communautés allochtones pour que les autorités offrent ces formes de logement dans le cadre du développement des soins aux personnes âgées. Et ce parce que cela

- correspond beaucoup plus au modèle d'auto-organisation, qui est un modèle connu pour la communauté allochtone ;
- offre plus de possibilités pour proposer les soins les mieux adaptés et pour répondre via de petits groupes aux souhaits des personnes âgées allochtones ;
- correspond beaucoup plus à la manière dont, dans certaines communautés, les personnes âgées passent leurs vieux jours dans leur pays d'origine.

Les formes de logement alternatives ne doivent pas forcément être liées à un groupe cible ou à un groupe d'âge. Elles offrent la possibilité de mettre en place des projets ou des formes de logement intergénérationnels à l'intention de divers groupes cibles qui se voient bien s'installer ensemble.

7. Conclusion générale afférentes aux soins résidentiels

Les soins résidentiels à Bruxelles ont très fortement évolué, certainement en ce qui concerne les maisons de repos. Ces dernières années, de nombreuses anciennes maisons de repos ont fermé leurs portes. De nouveaux initiateurs - généralement commerciaux - sont prêts à créer de nouvelles maisons de repos. Au sein de la COCOF, le secteur commercial possède la quasi-entière des places en maison de repos. Au sein de la CCC et en Communauté flamande, ce chiffre évoluera ces prochaines années pour atteindre 60%. La marchandisation des soins est donc fortement ancrée dans le secteur des maisons de repos bruxelloises. Il convient de rester vigilant par rapport aux exigences de qualité.

Des résidences-services ont vu le jour, mais elles sont souvent onéreuses et leur offre de services manque parfois de transparence. Le potentiel à exploiter dans ce secteur reste énorme, à condition de proposer un rapport qualité-prix correct sur le plan des services.

Les différentes réglementations autorisent de très nombreuses formes de soins. De la maison de repos classique aux résidences-services en passant par le court séjour, le séjour de convalescence, et même l'accueil en famille et les logements communautaires. La législation est ouverte à l'innovation.

Les centres de court séjour ne décollent pas. Pour un exploitant de maison de repos, des résidents de longue durée sont en effet beaucoup plus intéressants. Une intervention de la part des autorités obligeant les établissements à proposer des courts séjours à partir du moment où ils possèdent un nombre x de lits (p. ex. 80), pourrait donner une impulsion positive.

L'évolution des prix journaliers dans les maisons de repos pose problème. Dans certaines nouvelles maisons de repos, il arrive que les prix journaliers imputés dépassent €70. Cette situation est notamment liée à l'augmentation des exigences de qualité par rapport à l'infrastructure imposée par les autorités. Le coût supplémentaire que cela représente est imputé en totalité au résident.

Les formes de logement alternatives suscitent davantage d'intérêt qu'auparavant. Les projets pilotes sont prometteurs. Le développement de cette offre en est toutefois encore à ses balbutiements.

Les usagers des soins résidentiels ne sont pas représentatifs des Bruxellois de plus de 60-65 ans. Les chiffres de la mortalité dans les maisons de repos indiquent que seulement 4% des personnes décédées sont d'origine allochtone. On accorde peu d'attention à la thématique de la diversité dans les structures.

Tableau 2.40 Analyse SWOT des soins résidentiels

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de maisons de repos • Réglementation approfondie : permet différentes formes de soins • Espace d'expérimentation pour des alternatives de logement à petite échelle • De très nombreuses nouvelles initiatives (par ex. résidence-services, maisons de repos) sont prévues • La programmation des maisons de repos est quasi complète • Attention accrue pour la qualité de l'infrastructure 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les maisons de repos ne sont pas de bonne qualité. • Pas de disposition dans les maisons de repos à développer les courts séjours, car cela est moins rentable/engendre une grande rotation • Réglementation différente en ce qui concerne les normes et la qualité • Peu d'harmonisation des structures intramurales • Différentes limites d'âge pour l'accueil (60 vs. 65 ans) • Peu de formes de logement alternatives
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Grand potentiel pour les formes de soins lors de l'application et de l'intégration des différentes réglementations • Encore beaucoup de place au niveau de la programmation pour les résidences-services 	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a plusieurs petites maisons de repos (de 25 à 50 résidents) qui à terme ne satisferont plus aux normes de qualité. • Le caractère abordable des maisons de repos et résidences-services pour l'utilisateur • Instabilité de la réglementation (des structures) • Répartition géographique inégale • Le statut linguistique de la structure ne garantit pas que les soins soient dispensés dans cette langue • Dans la réglementation, pas d'attention pour la problématique de diversité

Partie 2.3: « Soins semi-résidentiels »

En cas de perte croissante d'autonomie, les personnes âgées résidant à leur domicile et/ou nécessitant des soins peuvent passer un ou plusieurs jours par semaine dans un centre de jour ou un centre de soins de jour (CSJ). Elles peuvent y obtenir des soins professionnels ou participer à des activités. Cela permet ainsi aux aidants proches de souffler à ces moments-là. L'offre de soins s'étend progressivement à l'accueil de nuit. Par ailleurs, il existe depuis peu une nouvelle alternative pour les services de garde dans le cadre du *Décret sur les soins et le logement* : les services d'accueil temporaire. Les personnes âgées sont accueillies dans des familles d'accueil. Ici aussi, le but final étant de soulager la tâche de l'aidant proche.

Cette partie du rapport traite en détail des centres d'accueil de jour et des services d'accueil temporaire et d'accueil de nuit.

1. Centres de soins de jour

Les centres de soins de jour (CSJ) constituent un pont entre les soins à domicile et les structures résidentielles. Les CSJ sont des structures d'accueil ayant pour but d'offrir le soutien nécessaire aux personnes âgées et à leurs aidants proches de sorte que la personne âgée puisse continuer de vivre chez elle. Ces structures permettent à la famille de pouvoir respirer et poursuivre leurs activités personnelles, professionnelles ou autres. Les autorités fédérales prévoient à l'Annexe n°2 du 25 mai 1999 au Protocole n°1 une programmation de 1,5 par 1000 habitants âgés de 60 ans ou plus²⁰⁹. Ce qui signifie 1988 places pour la Flandre, 1045 places pour la Wallonie, 304 pour Bruxelles-Capitale et 24 pour la Communauté germanophone²¹⁰.

Par ailleurs, les autorités régionales peuvent établir leurs propres normes de programmation qui diffèrent de celles des autorités fédérales. Pour les personnes qui se rendent dans un CSJ, l'assurance maladie invalidité intervient dans le prix de la journée d'hospitalisation. Le prix de la journée d'hospitalisation est inférieur à celui dans la MRPA ou la MRS étant donné que les personnes n'y passent pas la nuit mais y séjournent uniquement une partie de la journée. Pour entrer en considération pour bénéficier de cette intervention forfaitaire, ces personnes doivent avoir un degré de dépendance correspondant au forfait minimum B dans une MRPA²¹¹.

2.4 Description

Communauté flamande

Un **centre de soins de jour** est une structure ayant comme mission d'offrir à l'utilisateur âgé de 65 ans ou plus des soins de jour de même qu'une partie ou l'ensemble des soins personnels et de l'aide ménagère dans des locaux appropriés²¹². Pour accomplir cette mission en tant que centre de soins de jour agréé, les activités suivantes doivent au moins être déployées :

- l'offre d'aide et de services hygiéniques et infirmiers ;
- l'offre d'activation, de soutien et de rééducation ;
- l'organisation d'animation et de divertissement créatif ;
- l'offre de soutien psychosocial.

En ce qui concerne l'alimentation, un usager doit au moins recevoir 1 repas par jour, dont un repas chaud. Un centre de soins de jour est tenu d'organiser un transport adapté à ses usagers, permettant si nécessaire de les prendre à leur domicile et de les reconduire à domicile après leur

²⁰⁹ Conférence interministérielle du 25 mai 1999 – Annexe n° 2 au Protocole du 9 juin 1997 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées : les centres de soins de jour, Moniteur belge, 20 octobre 1999.

²¹⁰ Van Audenhove C., Spruytte N., Detroyer E., De Coster I., Declercq A., Ylief M., Squelard G., Misotten P. (2009). *Les soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : perspectives et enjeux*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.

²¹¹ Voir Partie 2.2, chapitre 5.

²¹² Gouvernement flamand (2009). *Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009*, art.25 et art.26, Moniteur belge, 14 mai 2009.

séjour dans le centre²¹³. Seuls les centres de soins de jour qui sont intégrés dans un centre de soins résidentiels, peuvent organiser un accueil de nuit²¹⁴.

Afin d'augmenter le nombre de centre de soins de jour, le Ministre flamand chargé du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille a décidé en décembre 2012 de financer une forme supplémentaire de soins de jour : le *collectieve autonome dagopvang* (CADO) (accueil de jour collectif autonome). Pour ce faire, le 14 septembre 2012, le Gouvernement flamand a modifié définitivement son arrêté sur les centres de soins de jour, assouplissant ainsi les formes d'accueil de jour à petite échelle. Le CADO, la nouvelle forme de centre de soins de jour, s'intègre dans les services de soins à domicile existants, il s'agit d'une infrastructure à petite échelle, qui peut spécifiquement s'adresser à des personnes moyennement et légèrement dépendantes nécessitant des soins. Un CADO peut être exploité par les services agréés pour les soins familiaux et applique explicitement la philosophie des soins à domicile.

COCOM

L'article 2, 4°, b), d) de l'*Ordonnance relative aux établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées du 24 avril 2008* décrit un **centre de soins de jour** comme un bâtiment ou partie d'un bâtiment, implanté dans une maison de repos ou en liaison avec une maison de repos, offrant une structure de soins de santé qui prend en charge, pendant la journée, des personnes âgées fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile.

En outre, la COCOM dispose encore de la catégorie d'agrément **centre d'accueil de jour**. Un centre d'accueil de jour est un bâtiment ou partie d'un bâtiment, implanté dans une maison de repos ou en liaison avec une maison de repos, offrant une structure d'accueil, pendant la journée, à des personnes âgées vivant à domicile et qui bénéficient au sein du centre des aides et des soins appropriés à leur perte d'autonomie²¹⁵. Les personnes âgées sont définies comme étant des personnes à partir de 60 ans. Le prix journalier d'un centre comprend l'accueil et les services ainsi que le repas de midi²¹⁶. L'aide et les soins nécessaires sont fournis aux personnes

²¹³ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²¹⁴ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²¹⁵ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²¹⁶ COCOM (2009). Arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

âgées incapables d'accomplir seules les actes de la vie journalière²¹⁷. Une douche doit, au besoin, pouvoir être utilisée quotidiennement par les personnes âgées²¹⁸.

Par ailleurs, chaque centre établit un programme d'animation et d'activités visant à stimuler le maintien de l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale²¹⁹.

COCOF

Un **service d'accueil de jour** constitue une transition vers les maisons de repos et est destiné à accueillir en journée des personnes âgées d'au moins 60 ans afin de les aider à maintenir ou à rétablir un lien social, à favoriser leur autonomie et à les guider dans leurs démarches socio-sanitaires²²⁰.

La capacité d'un service d'accueil de jour est de minimum 15 et maximum 40 personnes²²¹.

Le service d'accueil de jour organise des activités collectives qui stimulent le maintien de l'autonomie des bénéficiaires et leur participation à la vie sociale. Cela signifie que des activités récréatives ainsi que des activités de prévention de la perte d'autonomie sont organisées²²².

Le service aide les bénéficiaires dans l'organisation de leurs déplacements entre leur domicile et le service. Le transport peut être organisé par le service d'accueil de jour lui-même. Le midi, un repas chaud est offert aux bénéficiaires qui passent la journée entière dans le service²²³.

Le service d'accueil de jour établit un lien fonctionnel avec un service d'aide à domicile ou un centre de coordination de soins et services à domicile²²⁴.

²¹⁷ COCOM (2009). Arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²¹⁸ COCOM (2009). Arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²¹⁹ COCOM (2009). Arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²²⁰ COCOF (2008). Décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 24 janvier 2008.

²²¹ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 14 juillet 2009.

²²² COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 14 juillet 2009.

²²³ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 14 juillet 2009.

²²⁴ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 14 juillet 2009.

1.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Chaque centre de soins de jour doit au moins disposer de 5 unités de séjour par commune. Le *Décret sur les soins et le logement* fixe les chiffres de programmation sur la base du calcul des groupes d'âge à partir de 65 ans, alors que c'était autrefois à partir de 18 ans pour les centres de soins de jour. Les chiffres de programmation pour 2010 ont de ce fait été modifiés.

Les chiffres de programmation pour les centres de soins de jour sont établis comme suit :

- 3,2 unités de séjour par 3.000 personnes âgées du groupe d'âge de 65 à 69 ans inclus ;
- 5 unités de séjour par 3.000 personnes âgées du groupe d'âge de 70 à 79 ans inclus ;
- 10 unités de séjour par 3.000 personnes âgées du groupe d'âge de 80 à 89 ans inclus ;
- 25 unités de séjour par 3.000 personnes âgées du groupe d'âge à partir de 90 ans²²⁵.

L'application des chiffres de programmation se base sur la projection de la population pour la cinquième année qui suit l'année de l'introduction de la demande d'un agrément préalable²²⁶. En 2011, la Communauté flamande a programmé 113 unités de logement.

Les centres de soins de jour agréés sont éligibles à une enveloppe subventionnelle annuelle calculée sur la base du taux moyen d'occupation. Ce dernier est égal au nombre total de journées de présence facturées par année calendrier, divisé par 250. Les montants des subventions ont été augmentés à partir du 1^{er} janvier 2010²²⁷.

Tableau 2.41 Montants des subventions CSJ à partir de 2010

Occupation moyenne	≥ 10	≥ 9	≥ 8	≥ 7
Subside	€31.097,06	€28.255,14	€25.413,20	€22.572,35

En 2011, 113 places ont été programmées dans les centres de soins de jour, dont 20 ont été pourvues. En 2011, un seul CSJ a été agréé pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale : Terranova dans le centre de Bruxelles pour 20 unités de séjour. 4 autres CSJ ont reçu un agrément préalable : Solidariteit voor het Gezin à Anderlecht : 10 unités de séjour, Tram 82 à Berchem-Ste-Agathe : 15 unités de séjour, Aksent à Schaerbeek : 15 unités de séjour et De Brailleliga à Saint-Gilles : 15 unités de séjour. Par ailleurs, un centre de soins de jour est encore prévu à Neder-Over-Heembeek et à Auderghem à chaque fois pour 15 unités de séjour.

²²⁵ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 14 juillet 2009.

²²⁶ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'association d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur Belge*, 17 décembre 2009.

²²⁷ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, les conditions d'agrément et le régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'association d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

Grâce au CADO, des services agréés de soins aux familles peuvent désormais exploiter un centre de soins de jour. Il doit s'agir d'initiatives à petite échelle, au milieu des gens, en collaboration avec une structure de soins à domicile, une structure pour personnes âgées ou un autre centre de services. Le CADO est uniquement financé par le Gouvernement flamand et ne peut pas faire appel aux moyens de l'INAMI. Dans un CADO, les soins sont prodigués par des aides familiales qui viennent habituellement à domicile. Au lieu de demander à un aide-soignant de passer un plus grand nombre d'heures chez un seul usager, dans un CADO, il peut s'occuper de quatre usagers.

3 CADO ont été programmés sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale.

COCOM

Le Collège réuni établit la programmation pour les **centres de soins de jour** en fonction :

- de l'évolution de l'offre d'accueil, d'hébergement ou de soins aux personnes âgées, en tenant compte des besoins de la population bruxelloise ;
- des protocoles d'accord conclus entre les autorités fédérales et les Communautés et Régions concernant la politique à mener à l'égard des personnes âgées²²⁸.

Fin 2011, 6 centres de soins de jour ont été agréés par la CCC dans la RBC avec un total de 95 places. La COCOM attribue une subvention de fonctionnement aux centres de soins de jour. La réglementation en rapport avec les subventions d'investissement de la COCOM concorde avec celle des centres de soins de jour.

Le montant de subventionnement pour 2011 pour les centres de soins de jour se montait à 175 000 euros.

Tableau 2.42 Centres de soins de jour agréés COCOM 2012²²⁹

Centre de soins de jour	Commune	Nombre de places
Sainte-Monique	Bruxelles-ville	15
Soleil d'Automne	Anderlecht	25
CSJ du CPAS de Woluwe-St-Pierre	Woluwe-St-Pierre	10
Le Tournesol	Berchem-Ste-Agatha	15
La Colline	Woluwe-St-Lambert	15
CSJ du CPAS de Watermael-Boitsfort	Watermael-Boitsfort	15
Total		95

Les subventions sont soit établies dans un accord conclu entre le Collège réuni et le centre de soins de jour agréé, soit définies dans un arrêté annuel du Collège réuni. Pendant la législature

²²⁸ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²²⁹ Informations obtenues de l'administration COCOM.

2009-2014, la programmation et l'agrément des places dans les centres de soins de jour devraient être mis au point.

Pour ce qui concerne les **centres d'accueil de jour**, le Collège réuni détermine la programmation des centres d'accueil et d'hébergement pour les personnes âgées sur la base des mêmes critères que ceux des centres de soins de jour.

Le Collège définit les frais de fonctionnement d'un centre d'accueil de jour. Le Collège réuni détermine également le montant des participations financières des bénéficiaires²³⁰. La COCOM peut octroyer des subventions pour l'achat, la construction, l'extension, la transformation et l'équipement des bâtiments où un centre d'accueil de jour exerce ses activités²³¹.

Bien que cette forme de travail soit reprise dans *l'Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées*, aucun centre d'accueil de jour n'a encore été agréé par la COCOM à Bruxelles.

COCOF

Le Collège décide de la programmation afférente au nombre de services non résidentiels pour les personnes âgées. La programmation tient compte des besoins des personnes âgées, de la structure démographique de la population bruxelloise, des règles de programmation de certaines catégories d'établissements résidentiels et de la répartition géographique des établissements et services existants dans la région de Bruxelles-Capitale²³².

La COCOF offre une subvention sous la forme d'une intervention dans les frais de personnel et de fonctionnement²³³. Une subvention forfaitaire de 50 000 EUR est octroyée pour les frais de personnel et de fonctionnement du service d'accueil de jour. Ce montant est indexé²³⁴.

A l'heure actuelle, la COCOF agréé et subventionne 2 services d'accueil de jour et 1 centre de soins de jour.

1.3. Contribution de l'utilisateur

Les centres de soins de jour veillent à offrir l'encadrement nécessaire en accueillant les personnes nécessitant des soins pendant toute une journée, offrant ainsi un soutien aux personnes âgées et à leurs aidants proches afin que la personne nécessitant des soins puisse continuer d'habiter chez elle.

²³⁰ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²³¹ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²³² COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²³³ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

²³⁴ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

La contribution de l'utilisateur demandée dans ces centres varie de +/- 14 EUR par jour à plus de 25 EUR par jour. Ce prix inclut toujours le repas de midi et un minimum d'activités et de soins. Les autres frais liés à des soins ou des activités supplémentaires, et surtout au transport, sont souvent facturés séparément. Les centres de soins de jour créés par les autorités locales peuvent généralement compter sur les services communaux pour un transport gratuit des clients de la commune. D'autres sont obligés de facturer (une partie des) les frais de transport aux clients, à un tarif variant de 0,75 cents à 5 EUR par trajet ou un forfait fixe par kilomètre parcouru, en fonction de l'organisateur et du domicile du client. On remarque en tout cas une grande diversité de tarification et de prix. Il en résulte qu'une personne âgée nécessitant des soins résidant dans une commune sans centre de soins de jour doit payer jusqu'au double par jour qu'une personne qui a accès au centre de soins de jour de son CPAS.

1.4 Offre et contenu

En 2011, la Région de Bruxelles-Capitale comptait 11 centres offrant un accueil de jour à 180 personnes ; 9 de ces centres étant des centres de soins de jour : outre l'accueil, ils proposent également des soins. Les centres de St-Gilles et d'Etterbeek sont des centres de jour.

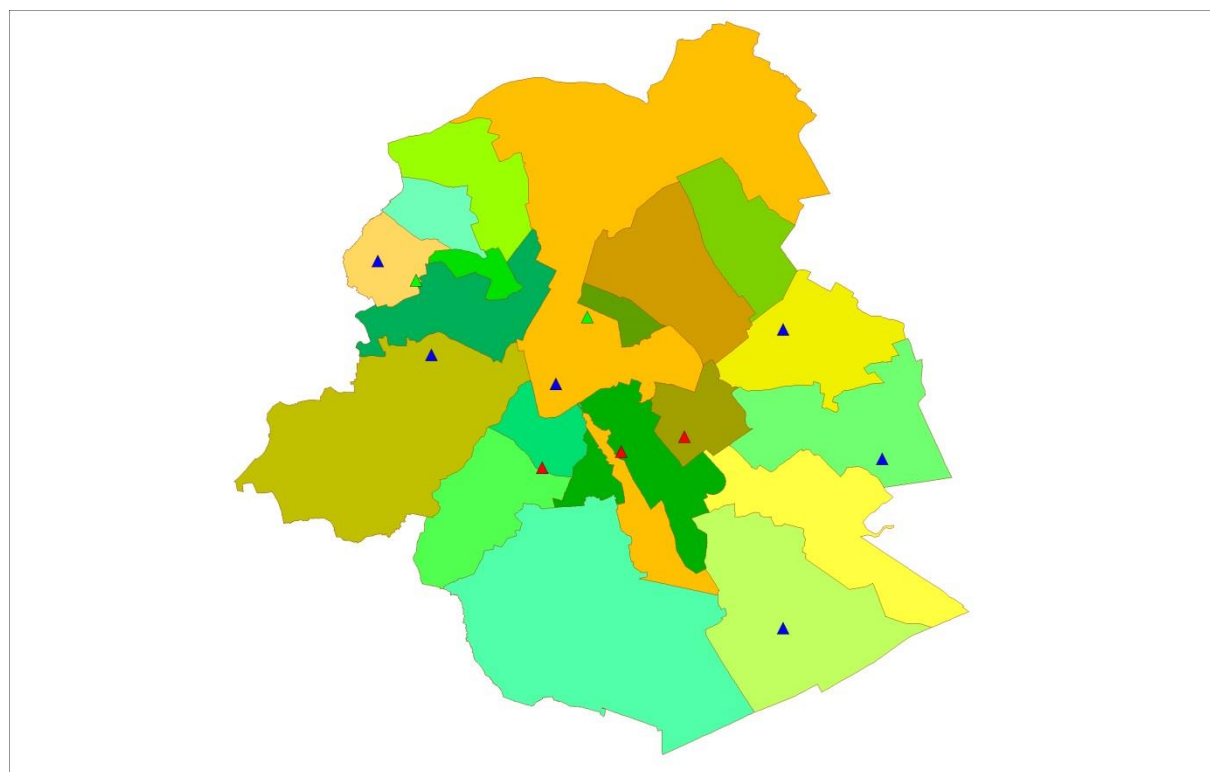
Tableau 2.43 Aperçu accueil de jour Région Bruxelles-Capitale

Commune	VG	COCOM	COCOF	Total unités d'habitations ²³⁵
Anderlecht		Soleil d'Automne		25 essentiellement démence
	Solidariteit voor het gezin			10 (autorisation préliminaire)
Bruxelles		Sainte-Monique		15 essentiellement démence
	Terranova			20 essentiellement LCA
Ixelles			III ^e me Millénaire	20 essentiellement problèmes physiques et psychiques
Etterbeek			Atoll (accueil de jour)	10 accueil de jour
Evere				0
Ganshoren				0
Jette				0
Koekelberg				0
Auderghem				0
Schaerbeek	Aksent			15 (autorisation préliminaire)
Berchem-Ste-Agathe		Le Tournesol		15 surtout restrictions locomoteurs
	Tram 82			15 essentiellement problèmes physique et démence
St-Gilles			Aegidium (accueil de jour)	20 accueil de jour
	Brailleliga			15 (autorisation préliminaire)
Molenbeek-St-Jean				0
St-Josse-ten-Noode				0
Woluwe-St-Lambert		La Colline		15 essentiellement perte d'autonomie
Woluwe-St-Pierre		Centre de soins de jour Woluwe-Saint-		10 surtout démence et affections

²³⁵ http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/erkende-instellingen/bijstand-aan-personen/copy_of_service-residentie en <http://www.bruxellessocial.irisnet.be/CDCS-CMDC/menu.jsf;jsessionid=143971E7F1A033EAFB2E8248AD5F9D7F>

		Pierre		neurologique d'un nature physique ou psychique
Uccle				0
Forest				0
Watermael-Boitsfort		Centre de soins de jour CPAS Watermael-Boitsfort		15 essentiellement démence et problèmes physique
Total				180 + 40 autorisation préliminaire

Figure 2.4 Aperçu centres de soins de jour Région Bruxelles-Capitale



Centres de soins de jour

▲ VG (2)

▲ COCOF (3)

▲ GGC/COCOM (6)

Nombre d'institutions: 11

1.4 Conclusions afférentes à l'accueil de jour

Il existe de **claire différences de point de vue** en fonction des autorités chargées de l'agrément et des subventions. La Communauté flamande fixe la capacité maximum à 15 personnes, alors que pour la COCOF le nombre minimum est de 15 personnes. A partir de 65 ans, les personnes âgées peuvent frapper à la porte d'un centre de soins de jour agréé par la Communauté flamande ; quant aux autorités fédérales et à la COCOF, elles fixent l'âge minimum à 60 ans. La CCC et la COCOF reconnaissent deux types de services : les centres de soins de jour et les centres d'accueil de jour.

Les centres de soins de jour et les centres d'accueil de jour se trouvent à **l'intersection des soins à domicile et des soins résidentiels**. Pour toutes les autorités, ils doivent avoir un lien avec une maison de repos. La VG souhaite arriver à 1 CSJ par commune et coupe pour cela le lien entre les centres de soins de jour et le centre de soins. Les services de soins familiaux et de soins à domicile supplémentaires pourront, à partir de janvier 2013, mettre en place une initiative à petite échelle de soins de jour, appelée CADO (accueil de jour collectif autonome).

L'accent est principalement mis sur l'accueil des personnes âgées. L'admission de personnes qui n'entrent pas dans les limites d'âge doit être explicitement justifiée.

Le **contenu** aussi diffère fortement entre les différentes activités. Au sein de la Communauté flamande et de la COCOM, l'accent est principalement mis sur les soins personnels, l'activation et les soins de santé, alors que la COCOF se concentre davantage sur l'accueil et la prévention de la perte d'autonomie.

La programmation de la COCOF vise une **répartition géographique**, ce qui n'est pas dans le cas du côté de la programmation flamande car Bruxelles est considérée comme 1 région. Cette situation est corrigée par la VG à l'aide d'une ébauche détaillée des zones de soins, qui vise une meilleure répartition des centres de soins de jour sur Bruxelles.

Le **financement** flamand est comparable à l'intervention de la COCOF et de la COCOM. Les revenus sont complétés par le prix journalier que le patient doit payer et au moyen d'une intervention fédérale via l'INAMI pour les patients les plus dépendants (score B ou C sur l'échelle de Katz). Pour entrer en considération pour un financement INAMI sur la base d'un forfait journalier, les CSJ agréés doivent demander un agrément particulier au gouvernement fédéral.

Dans le cadre de l'exploitation des centres de soins de jour, l'offre d'un **transport adapté** pour les clients constitue une obligation au sein de toutes les autorités.

Il n'est pas du tout évident de faire appel aux centres de soins de jour car bon nombre de personnes âgées ne peuvent pas se déplacer dans un centre de soins de jour à défaut d'un **moyen de transport**. Aucune subvention spécifique pour le transport n'est octroyée aux centres de soins de jour, ce qui implique que le transport est imputé à la personne âgée et, de ce fait, que le prix journalier est gonflé. Les frais de transport sont réduits grâce aux organismes communaux et du CPAS pour les habitants de la commune. Ainsi, le CSJ Herfstzon dispose de

trois véhicules et le transport est inclus dans le prix journalier. Dans les CSJ non publics, le transport est compté en supplément.

L'offre de centres de soins de jour à Bruxelles est petite. A l'heure actuelle, 2 centres de soins de jour sont activement agréés par la Communauté flamande; du côté de la COCOM il y a 6 centres de soins de jour, et du côté de la COCOF 3 sont agréés et subventionnés. Un seul service est un centre de soins de jour, les autres services proposent un accueil de jour.

2. Services d'accueil temporaire

2.1 Description

Supplémentaire aux services de garde dans le *Décret (flamand) sur les soins et le logement* sont les **services d'accueil temporaire**. Un service d'accueil temporaire doit être organisé par une structure de soins à domicile agréée aux termes du *Décret sur les soins et le logement* et a pour mission de faire concorder l'offre et la demande de l'accueil temporaire en coopération avec les familles d'accueil²³⁶. L'accueil temporaire implique que des soins et une assistance soient procurés, pendant la journée et la nuit, consistant en l'offre de (ré-)activation, de compagnie, de surveillance et de soins ou d'accompagnement lors d'activités de la vie quotidienne de l'utilisateur, en absence d'un aidant proche ou en vue d'un remplacement temporaire d'un aidant proche. L'accueil se fait dans une famille d'hôte. Il s'agit d'une personne physique ou d'une famille qui, en guise de soins de bénévoles, offre un accueil d'hôtes dans l'habitation de séjour ou dans la propre habitation adjacente²³⁷. Une famille-hôte peut offrir un accueil à des usagers sous la forme d'un accueil de jour, de nuit ou de courte durée. Trois usagers au maximum peuvent être accueillis dans une famille-hôte. Les usagers ne nécessitent pas de soins médicaux intensifs ni d'une surveillance intensive²³⁸. Cet accueil permet à l'aidant proche d'être temporairement soutenu et soulagé. Les familles-hôtes sont bénévoles.

2.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Le ministre détermine selon les dispositions du *Décret sur les régions de soins du 23 mai 2003* les régions où un service d'accueil temporaire peut être agréé. Pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale, 1 service d'accueil temporaire peut être agréé. Par année calendrier, un service d'accueil temporaire doit se charger de la coordination d'au moins 3.000 heures de service d'accueil d'hôtes dans la région. Une dérogation est prévue pour Bruxelles-Capitale, un service devant ainsi se charger d'au moins 1.800 heures de service d'accueil d'hôtes²³⁹. Le ministre fixe annuellement le nombre total d'heures subventionnables d'accueil d'hôtes pour les services

²³⁶ Gouvernement flamand (2009). Décret sur les soins et le logement du 13 mars 2009. *Moniteur belge*, 14 mai 2009.

²³⁷ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²³⁸ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²³⁹ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'utilisateurs et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

d'accueil temporaire agréés et détermine le nombre maximal d'heures subventionnables d'accueil d'hôtes²⁴⁰.

L'enveloppe de subvention pour les services d'accueil temporaire agréés en 2011 s'élève à²⁴¹:

- une subvention de base de 20.400 EUR pour les premières 1.800 heures dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- un montant forfaitaire de 1,104 EUR par heure d'accueil temporaire qui dépasse le nombre d'heures calculé dans la subvention de base²⁴².

COCOM

On ne retrouve pas de service homologue au service d'accueil temporaire dans les services agréés par la COCOM.

COCOF

De même, parmi les services de la COCOF, on n'a pas retrouvé non plus d'initiatives pour l'accueil temporaire.

La COCOF prévoit tout de même la possibilité d'un accueil familial. L'accueil familial est organisé par une personne de droit privé ou une personne physique et un logement peut ainsi être offert à maximum trois résidents. La COCOF prévoit dans l'*Arrêté 2008/1561 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées* un règlement spécifique pour l'accueil familial. Il s'agit ici toutefois d'un service destiné aux personnes âgées, plutôt qu'une forme alternative de logement à une maison de repos.

2.3 Contribution de l'utilisateur

La Communauté flamande impose qu'une indemnité forfaitaire puisse être imputée, une distinction étant faite dans ce cadre entre les services d'accueil de jour et de nuit. Pour l'accueil de jour, 2,50 EUR au maximum sont imputés. Pour l'accueil de nuit, une indemnité de 25 EUR au maximum par nuit peut être demandée. Pour l'accueil de courte durée, une indemnité de 30,22 EUR peut être demandée par journée entière. Ces montants sont liés à l'indice pivot²⁴³.

²⁴⁰ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²⁴¹ Montants de subvention 2011 issus de l'Agence flamande Soins et Santé.

²⁴² Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²⁴³ Gouvernement flamand (2009). Arrêté du 24 juillet 2009 du Gouvernement flamand relatif à la programmation, aux conditions d'agrément et au régime de subventionnement des structures de services de soins et de logement et d'associations d'usagers et d'aidants proches. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

2.4 Offre et contenu

Le service qui est agréé pour la coordination de l'accueil temporaire dans la région de soins Louvain – Bruxelles – Alost est le service Landelijke Thuiszorg de Louvain.

2.5 Conclusion afférente à l'accueil temporaire

Cette structure est un concept flamand qui n'a pas de pendant du côté de la COCOM ou de la COCOF. L'accueil familial de la COCOF correspond étroitement à cette forme de fonctionnement.

Un service d'accueil temporaire est une **nouveauté** dans le *Décret sur les soins et le logement* et doit encore être entièrement développé. Le déploiement d'un tel service dans une ville présente de nombreux défis, à savoir la zone urbanisée limitée, le manque de logements adaptés, un plus grand isolement et la solitude.

Il convient de travailler avec un **financement** très **limité**, faisant en sorte qu'une intégration au sein d'une plus grande organisation est nécessaire. L'accueil temporaire offre beaucoup de soutien à l'aidant proche et repose sur le dévouement volontaire et sur des soins informels.

Le service agréé par la VG en charge de Bruxelles se situe à Louvain. Il est très difficile de diriger une offre sur Bruxelles depuis Louvain, principalement parce que l'accueil temporaire est assuré par des bénévoles et que le recrutement des bénévoles exige un réseau local très fort.

L'accueil temporaire compte sur le dévouement des bénévoles, ce qui peut être une tâche difficile à Bruxelles. Il existe toutefois une raison d'espérer car une étude révèle qu'il y a parmi les plus de 60 ans une grande largeur d'esprit pour le bénévolat²⁴⁴. Le déploiement et l'extension des services d'accueil temporaire – ainsi que des services de garde et des associations d'usagers et d'aidants proches – cadrent dans une politique de la Communauté flamande axée sur l'avenir afin de soutenir globalement **l'aide volontaire** sur le plan politique comme réponse partielle au vieillissement croissant et au caractère abordable des soins de bien-être et de santé.

²⁴⁴ Verté D., De Witte N., De Donder L., Buffel T. en Dury S. (2009). *Ouderen behoefteonderzoek Brussel* : Onderzoeksgroep Agogische Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel.

3. Centres d'accueil de nuit

3.1 Description

Communauté flamande

Le *Décret sur les soins et le logement* ne prévoit pas une réglementation distincte pour l'accueil de nuit. Le décret mentionne à l'article 27 que dans des situations d'urgence, un centre de soins de jour agréé peut aussi offrir de l'accueil de nuit. Ce centre de soins de jour doit toutefois être intégré dans un centre de soins et de logement. Il faut qu'on puisse rapidement faire appel à un service de nuit actif. Les exigences pour une chambre d'accueil de nuit sont identiques à celles pour une chambre dans un centre de soins et de logement

COCOM

Un centre d'accueil de nuit est un bâtiment ou partie d'un bâtiment, quelle qu'en soit la dénomination, implanté dans une maison de repos offrant une structure d'accueil, pendant la nuit, à des personnes âgées qui, tout en résidant à domicile, requièrent la nuit une surveillance, des aides et des soins de santé qui ne peuvent leur être assurés par leurs proches de façon continue²⁴⁵.

Le centre est au moins ouvert entre 20h00 et 9h00. Les exigences pour une chambre d'accueil de nuit sont identiques à celles pour une chambre dans une maison de repos ou pour un court séjour.

Les personnes âgées qui sont accueillies peuvent faire appel à du personnel soignant ou paramédical. Elles bénéficient également d'une aide dans les activités de la vie quotidienne (se mettre au lit, se lever, s'habiller, les soins hygiéniques, la prise de médicaments, les repas, etc.)²⁴⁶.

COCOF

Une maison de repos peut obtenir un agrément spécial pour l'accueil de nuit. A cet effet, l'accueil des résidents s'organise entre 18h00 et 20h00 et le départ entre 8h00 et 10h00.²⁴⁷

²⁴⁵ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 du Collège réuni relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008

²⁴⁶ COCOM (2009). Arrêté du 3 décembre 2009 du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter. *Moniteur belge*, 17 décembre 2009.

²⁴⁷ COCOF (2009). Arrêté 2008/1561 du 2 avril 2009 du Collège de la Commission communautaire française portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées. *Moniteur belge*, 19 juillet 2009.

3.2 Programmation et subventionnement

Communauté flamande

Aucune programmation ni aucun subventionnement distincts ne sont prévus pour l'accueil de nuit. Ils sont repris dans la programmation et le subventionnement des centres de soins de jour.

COCOM

Le Collège réuni établit la programmation pour les centres d'accueil de nuit en fonction :

- de l'évolution de l'offre d'accueil, d'hébergement ou de soins aux personnes âgées, en tenant compte des besoins de la population bruxelloise ;
- des protocoles d'accord conclus entre les autorités fédérales et les Communautés et Régions concernant la politique à mener à l'égard des personnes âgées²⁴⁸.

Une élaboration concrète de la programmation pour l'accueil de nuit n'existe pas encore.

COCOF

Le Collège décide de la programmation afférente au nombre de services résidentiels pour les personnes âgées. La programmation tient compte des besoins des personnes âgées, de la structure démographique de la population bruxelloise, des règles en matière de programmation de certaines catégories d'établissements résidentiels établies en concertation avec les autres autorités et de la répartition géographique des établissements et services existants dans la région de Bruxelles-Capitale.

3.3 Contribution de l'utilisateur

Communauté flamande

L'annexe 9 au *Décret sur les soins et le logement* stipule à l'article 17 que les usagers qui sont uniquement accueillis pendant la nuit paient une indemnité de séjour adaptée qui est inférieure au prix journalier dans un centre de court séjour ou un centre de soins et de logement.

COCOM

Le prix du séjour est convenu dans un contrat conclu entre la structure et la personne âgée, et ce avant l'admission.

²⁴⁸ COCOM (2008). Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. *Moniteur belge*, 16 mai 2008.

COCOF

Le prix du séjour est fixé par la maison de repos. Un prix spécial est déterminé en fonction des services proposés pendant l'accueil. Celui-ci est toujours inférieur au prix du séjour dans une chambre d'une maison de repos.

3.4 Offre et contenu

Communauté flamande

Il n'existe pas encore d'initiative agréée pour l'accueil de nuit.

COCOM

Il n'existe jusqu'à présent pas encore de centre pour l'accueil de nuit agréé par la Commission communautaire commune.

COCOF

Il n'existe pas encore d'initiative agréée pour l'accueil de nuit.

Projets alternatifs

Toutefois, au cours des dernières années, plusieurs projets d'accueil de nuit ont été lancés. Il s'agit d'espaces d'expérimentation qui permettent d'éprouver l'accueil de nuit et d'ajuster la méthodologie.

1. *Nachtzorg*

Nachtzorg Brabant flamand – Bruxelles/Hal/Vilvorde/Tervuren :

www.nachtzorgbrussel.be

Du côté flamand, il y a le projet Nachtzorg pour la région de Hal-Vilvorde, Tervuren et la Région de Bruxelles-Capitale. Il s'agit d'une initiative notamment de la Mutualité chrétienne, Landelijke Thuiszorg, Familiehulp, quelques centres de soins et de logement, Wit-Gele Kruis, Memo Hal-Vilvorde, Broes Bruxelles et BOT Bruxelles. Ils proposent trois types accueil de nuit :

- garde de nuit : un bénévole vient passer la nuit chez vous
- soins de nuit : un aide-soignant diplômé vient chez vous pour la nuit

- d'hôtel de nuit : soins de nuit temporaires au sein d'un centre de soins résidentiels de votre région.

Prix : 25 euros par nuit.

2. *Connectar Night*

Il s'agit d'un projet porté par Soins à Domicile Bruxelles asbl, Croix Jaune et Blanche de Bruxelles asbl, SISD Conectar asbl, le CPAS de Molenbeek-Saint-Jean (via sa MR Arcadia), le CPAS de Berchem-Saint-Agathe (via son CJ Le Tournesol) et l'hôpital de jour gériatrique Saint-Luc.

Ce service offre, entre 22 h et 5 h du matin, des soins infirmiers aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ce service vient en complément des soins proposés pendant la journée. Ce projet vise à garantir la continuité des soins et à soulager l'aidant proche, qui ne doit plus passer la nuit chez la personne nécessitant des soins.

<http://public.guidesocial.be/associations/conectar-night-asbl.152087.html>

3. *Infirmières de nuit*

Croix Jaune et Blanche

Il s'agit d'un service des Aides et Soins à Domicile, qui travaille principalement dans les communes d'Auderghem, Etterbeek, Watermael-Boitsfort et Woluwe-St-Etienne. L'infirmier passe deux fois dans la nuit (entre 22 h et 6 h) pour soigner la personne âgée, lui administrer ou préparer ses médicaments. Ce service de soins coûte €1/nuit plus un abonnement obligatoire à un système d'alarme personnel.

http://www.ucp-bruxelles.be/IMG/pdf/Gaz_electricite_tarif_social.pdf

3.5 Conclusion soins de nuit

Les soins de nuit en sont encore à leurs balbutiements. Les différentes réglementations en parlent, mais aucune initiative agréée concrète n'a encore vu le jour.

Certaines expériences ont bien été tentées. Elles servent de laboratoire et pourront aider à déterminer le meilleur mode de fonctionnement.

4. Conclusions générales afférentes aux « Soins semi-résidentiels »

Les structures semi-résidentielles sont indispensables pour soutenir l'aidant proche et permettre le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les différentes autorités en sont conscientes et ont élaboré différentes réglementations.

La VG a adapté la législation relative aux CSJ en septembre 2012 afin qu'on puisse également créer des CSJ non liés à un centre de soins résidentiels et que des initiatives d'accueil de jour à petite échelle puissent voir le jour, associées aux services de soins aux familles et de soins à domicile complémentaires.

L'accueil temporaire est également une initiative à petit échelle. Le fait que le service compétent pour Bruxelles se trouve à Louvain rend le développement de l'accueil temporaire à Bruxelles très aléatoire. L'accueil en famille tel qu'il a été prévu dans la réglementation de la COCOF concorde étroitement avec la position de la VG concernant l'accueil temporaire.

La programmation auprès des différentes autorités permet différentes formes de soins, mais l'offre est à peine développée et n'est pas du tout répartie correctement d'un point de vue géographique. Alors que le secteur commercial est très actif dans le cadre du développement et de l'exploitation de structures résidentielles, il est presque totalement absent des initiatives semi-résidentielles.

Tableau 2.44 Analyse SWOT des soins semi-résidentiels

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Différentes formes de soins sont prévues dans la réglementation, allant de l'accueil de jour à l'accueil de nuit • Espace d'expérimentation dans le cadre de l'accueil de nuit et l'accueil familial • Répond à un réel besoin pour l'utilisateur et son entourage • Diversité des groupes cibles et réponse aux besoins en matière de soins (par ex. Démence, limitations locomotrices, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de concordance ni d'intégration des différentes réglementations • Déploiement très limité des structures semi-résidentielles • Offre limitée pour le transport adapté • Grande disparité entre les prix et au sein des autorités • Différentes limites d'âge pour l'accueil (60 vs. 65 ans)
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Encore de la place pour compléter la programmation • Volonté auprès des autorités de renforcer les cadres semi-résidentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition géographique inégale • Caractère abordable pour l'utilisateur • Différents critères et normes • Rentabilité des formes de soins : quasi pas d'initiatives commerciales

Partie 2.4: Aperçu géographique

Dans cette partie, nous donnons un aperçu de l'offre des centres de soins résidentiels, des centres de soins de jour et des résidences-services par commune. Nous faisons toujours une distinction entre les différentes instances : Vlaamse Gemeenschap (Communauté flamande) (VG), Commission Communautaire Commune (CCC) et la Commission de la Communauté Française (COCOF).

Ce qui frappe, c'est qu'il n'existe pratiquement aucune structure dans certaines communes (fusionnées), tandis que d'autres bénéficient d'une offre étendue (Molenbeek-Saint-Jean, Uccle, Anderlecht, Bruxelles).

La répartition géographique des structures au sein des communes laisse aussi souvent à désirer. Certains quartiers disposent de nombreuses structures, contrairement à d'autres qui ne disposent d'aucun soin aux personnes âgées. Il est dès lors difficile de garantir une continuité de la chaîne des soins dans ces quartiers.

Ainsi le Quartier du Châtelain à Ixelles ne possède pratiquement aucune infrastructure, tout comme Cureghem à Anderlecht ou les alentours de la gare à Saint-Gilles. Si Molenbeek-Saint-Jean possède de très nombreuses infrastructures, le bas de Molenbeek en est complètement dépourvu. Il est clair que les autorités ne sont jamais intervenues dans le cadre de la répartition des structures.

ANDERLECHT:

Nombre d'institutions: 15

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (4) Les Jardins de Provence, Alay, Alba, Senior's Westland

■ GGC/COCOM (10) Jardin de la Mémoire, Clos Régina, J. Van Hellemont, Golf, Ten Prins, Bizet, Edelweiss, La Roseraie, Parc Astrid, Scheut

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

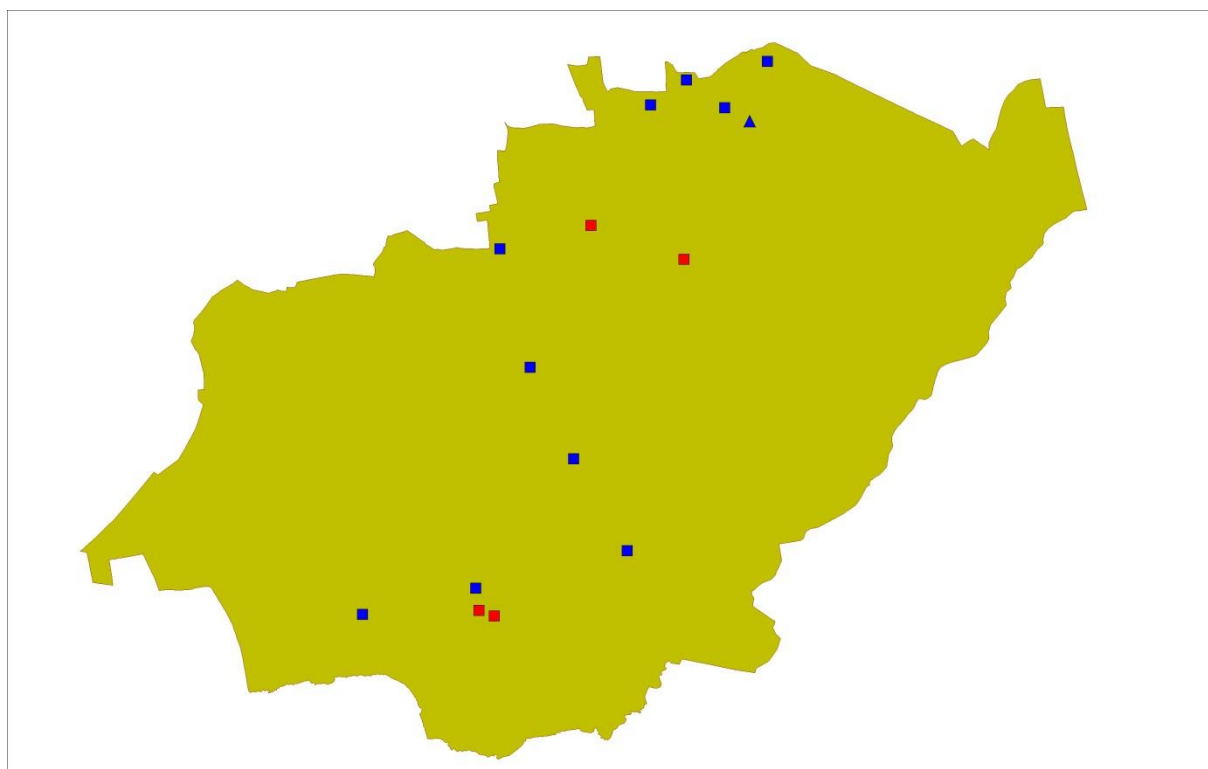
▲ GGC/COCOM (1) De Herfstzon/Soleil d'Automne

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



BRUXELLES (BRUXELLES, NEDER-OVER-HEEMBEEK, LAKEN / LAEKEN EN/ET HAREN/HAEREN)

Nombre d'institutions: 29

Maison de repos

■ VG (1) De Overbron

■ COCOF (6) Alverna, Iris, My Home Ascot, Parc Side, Atomium, Michèle

■ GGC/COCOM (17) St.-Monika, St.-Joseph Zusterkens der Armen, Hallepoort, Pachéco, Ter Ursulinen, St.-Gertrude, Auteuil, Romana, Heysel Brugmann, Futura, St.-Ignace, New Home, Belle Epoque, Andante, Colibri, Cocoon, De Wilde Rozen/Les Eglantines

Centres de soins de jour

▲ VG (1) Terranova

▲ COCOF (0)

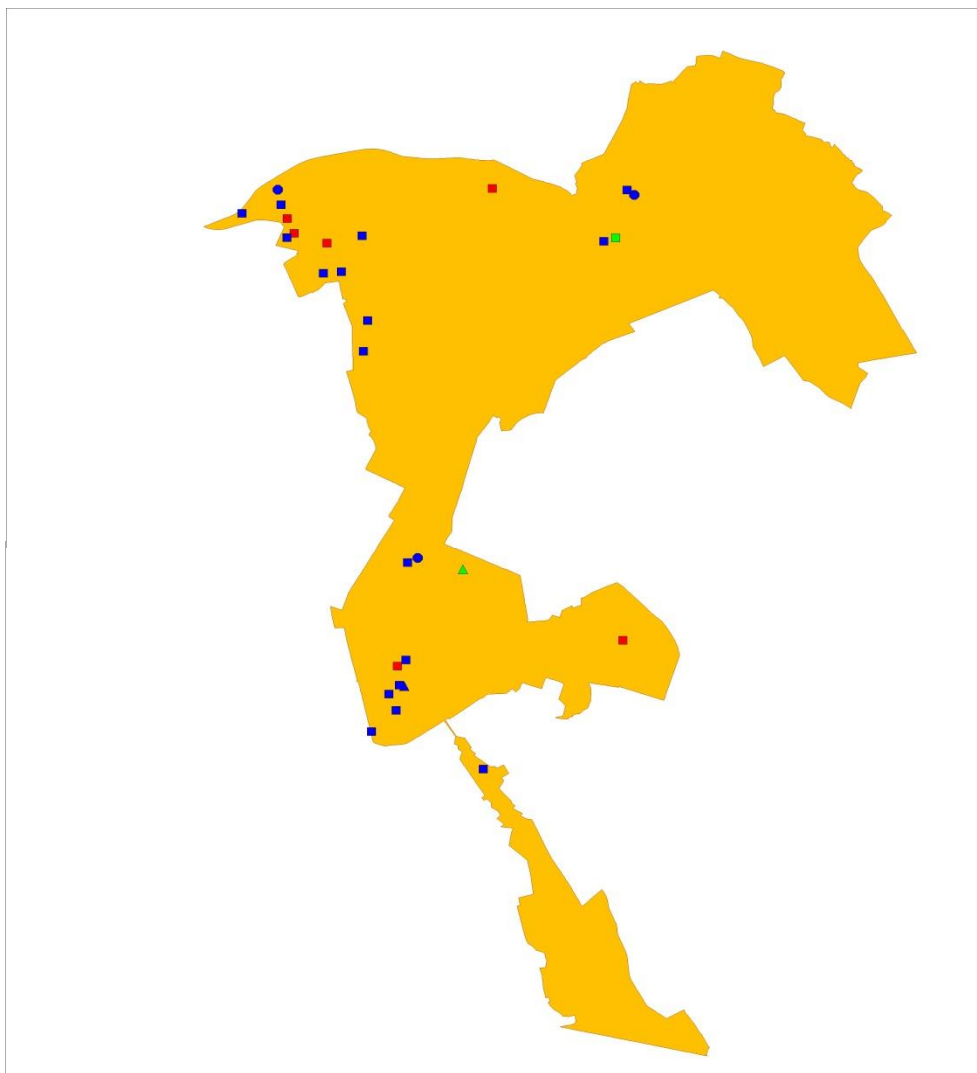
▲ GGC/COCOM (1) St.-Monika

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (3) De Wilde Rozen/Les Eglantines, Le Hicquet, Heizelheem



IXELLES

Nombre d'institutions: 10

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (2) Résidence 200, Les Etangs d'Ixelles

■ GGC/COCOM (7) Malibran Sénior, Jean Van Aa, Uren van Geluk/Les Heures Douces, L'Acanthe, Gray-Couronne, Balmoral, Fondation Becker

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (1) Ile Millénaire

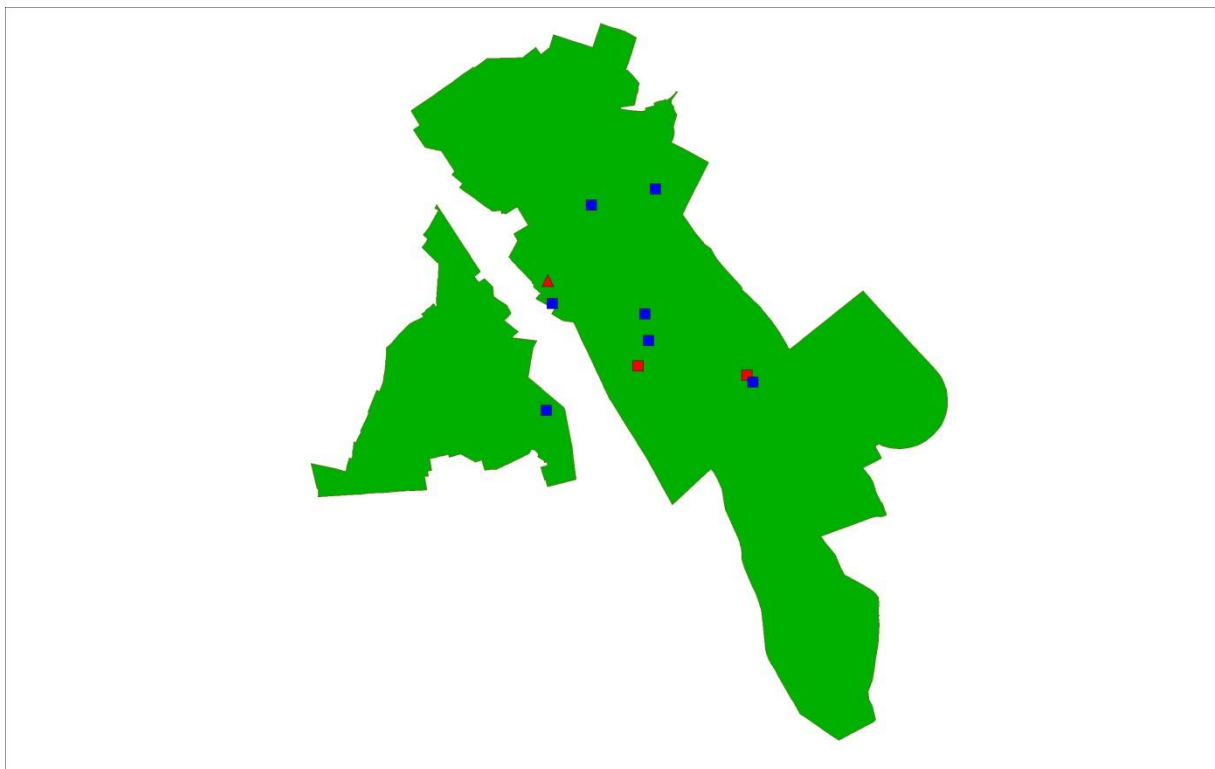
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



ETTERBEEK

Nombre d'institutions: 10

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (5) Le Val de Rapsodie, de Thibault, Les Fleurs, Lothaire, Rinsdelle, D'Evere

■ GGC/COCOM (4) Les Myosotis, De drie appelbomen/Les trois pommiers, Jourdan, Beauport

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (1) Atoll

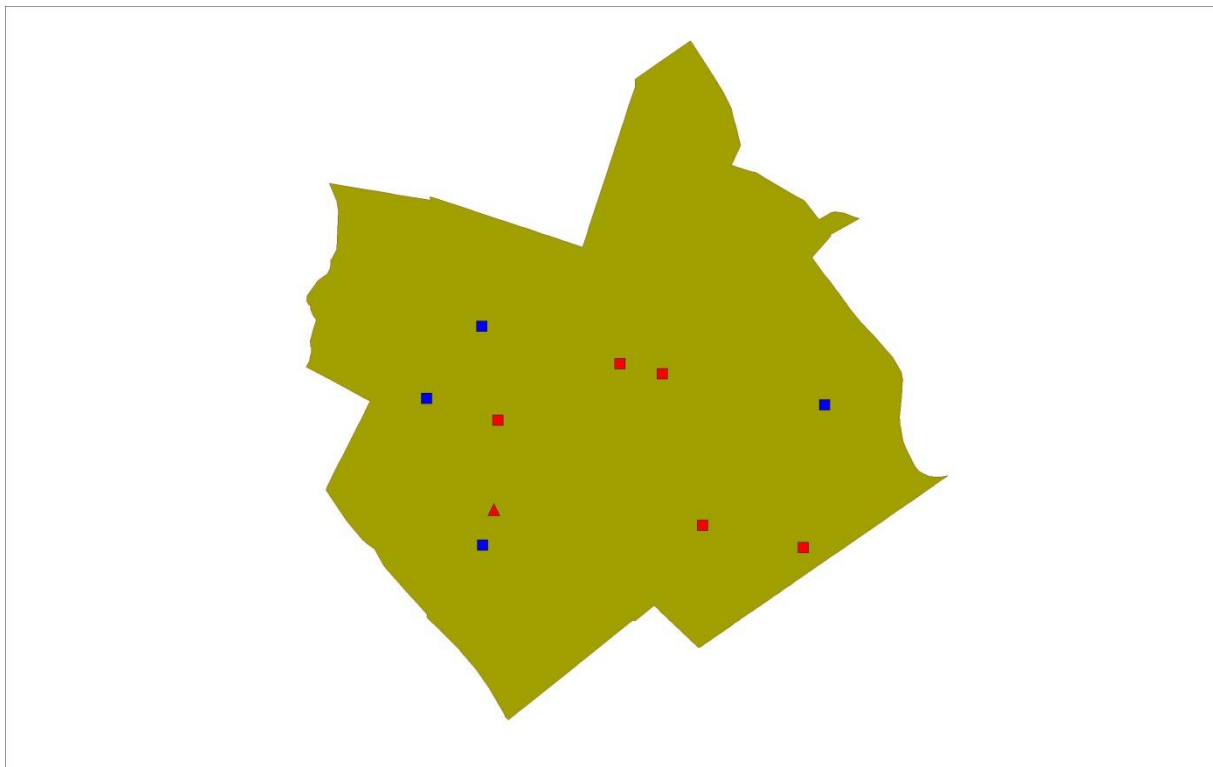
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



EVERE

Nombre d'institutions: 7

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (1) Séniorie d'Evere

■ GGC/COCOM (5) St.-Jozef, Exclusiv, Roger Descamps, De Vrede, Clos de la Quiétude

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

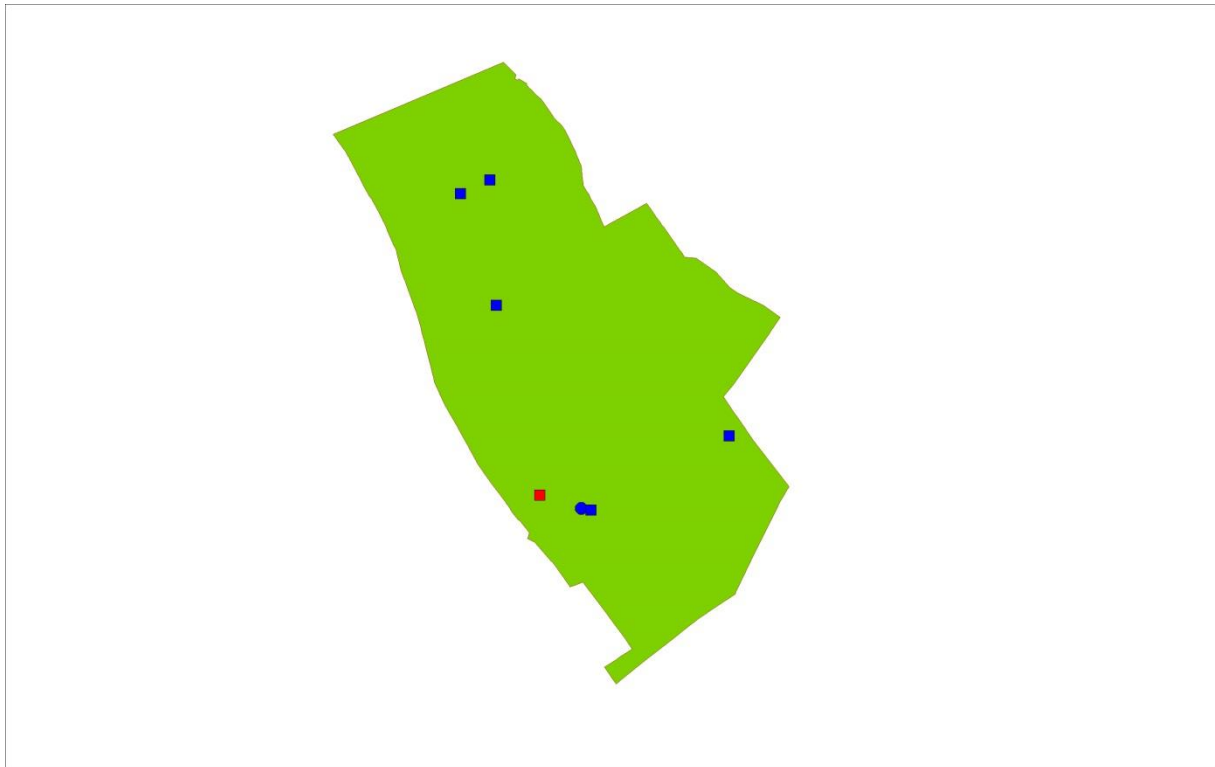
▲ GGC/COCOM (0)

Fat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (1) Green Garden



GANSHOREN

Nombre d'institutions: 4

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (1) Classic

■ GGC/COCOM (2) Heydeken, Granvelle

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

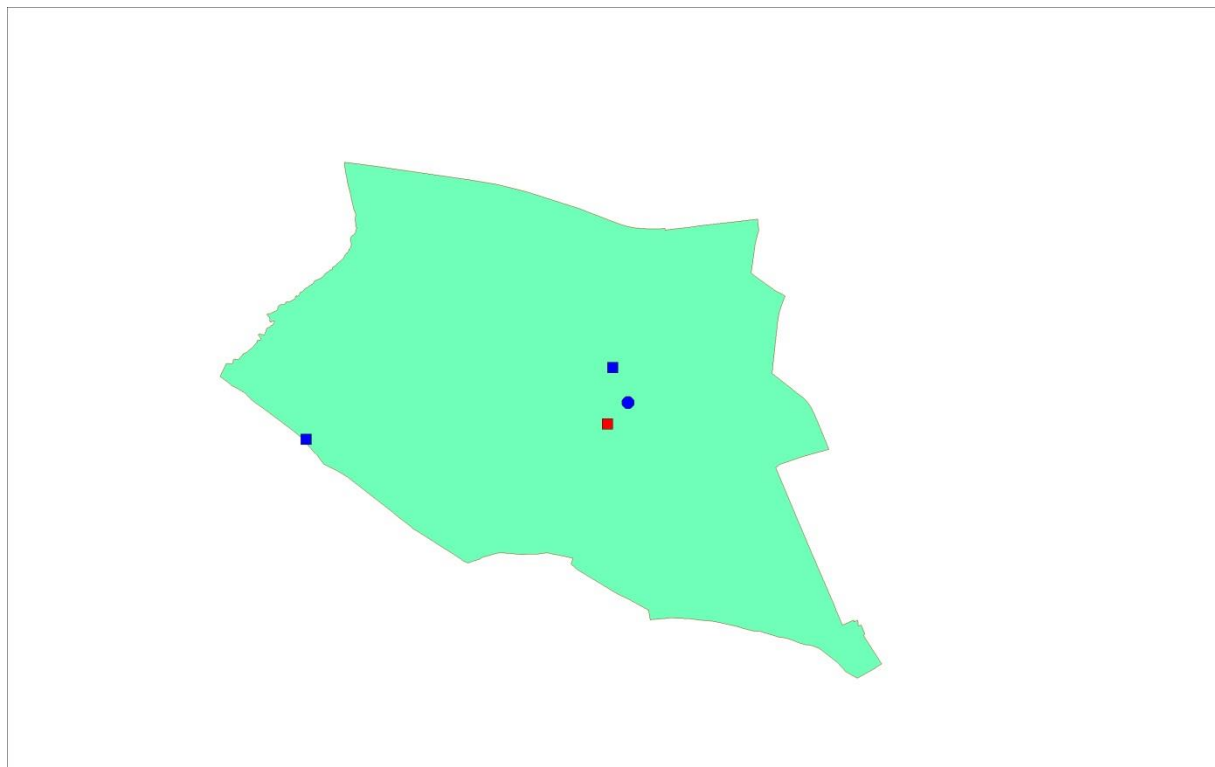
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (1) Paul Fontaine



JETTE

Nombre d'institutions: 11

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (1) Green Residence

■ GGC/COCOM (7) Magnolia, Iris, Archambeau, Heysel, Aux Deux Parcs, Castel, Christalain

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

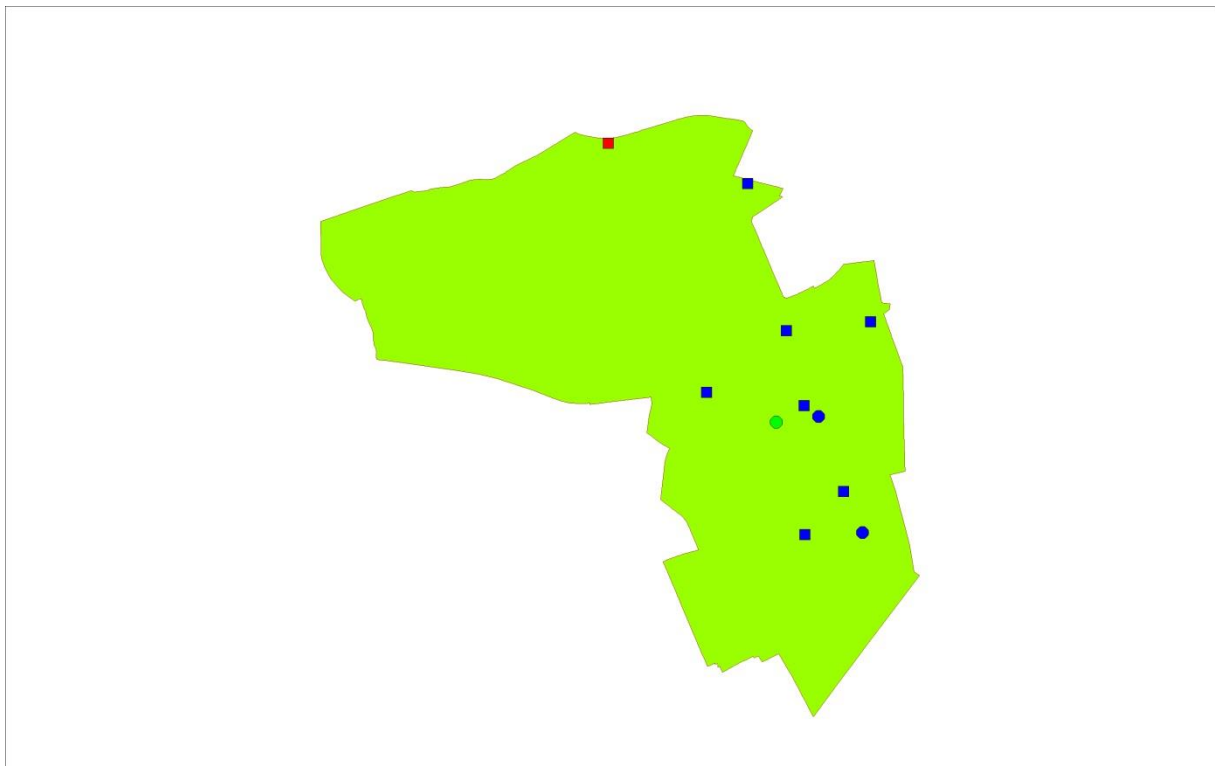
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (1) Parkresidentie

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (2) Christalain, Magnolia



KOEKELBERG

Nombre d'institutions: 4

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (1) Home Aldante

■ GGC/COCOM (3) Résidence Élisabeth, Résidence Simonis, Home Jourdan

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

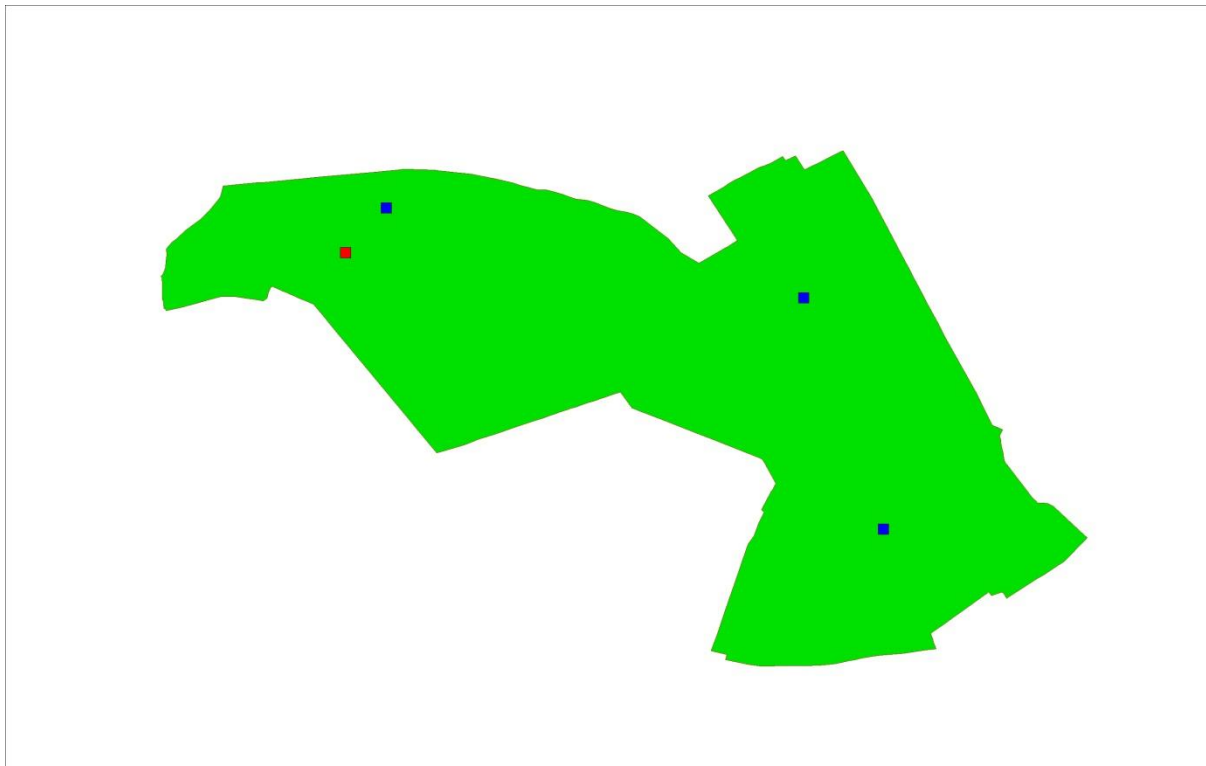
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



AUDERGHEM

Nombre d'institutions: 8

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (3) Madou, Les Bruyères II, Parc des Princes

■ GGC/COCOM (5) Carina, Alizé, Les Bruyères I, Reine Fabiola, Azalées

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

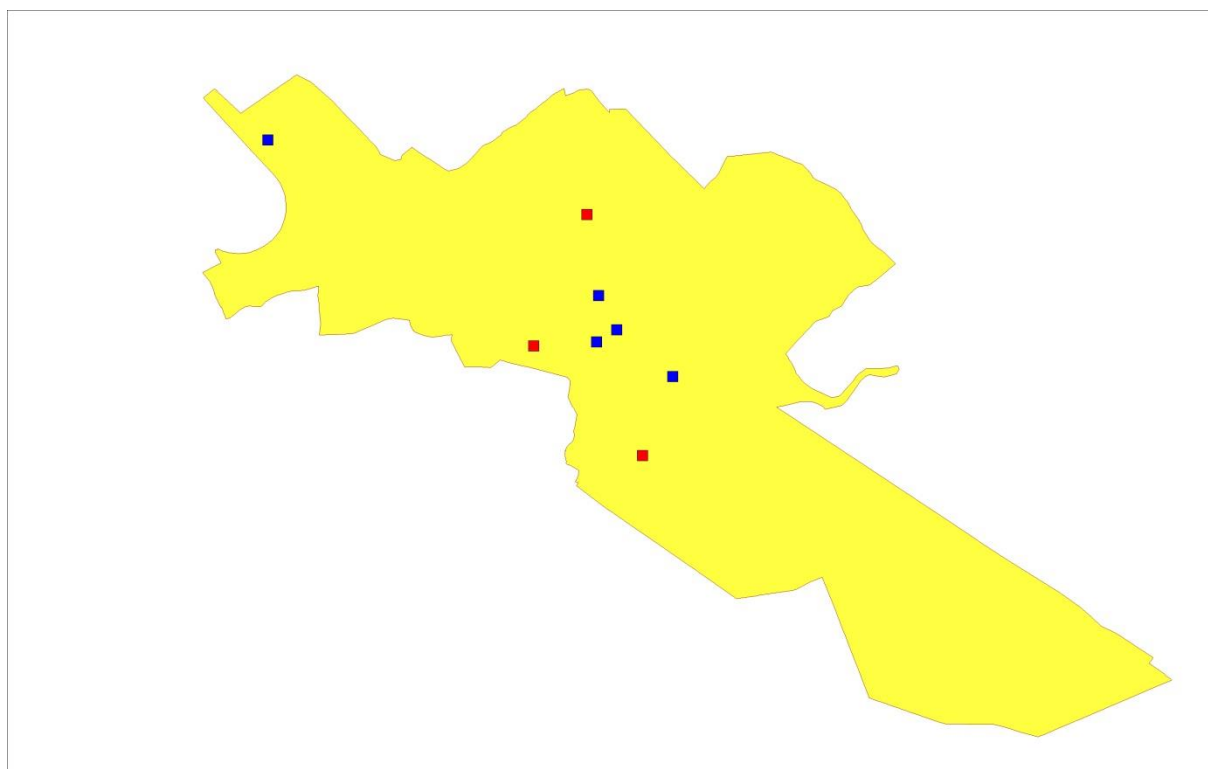
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



SCHAERBEEK

Nombre d'institutions: 14

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (5) Séniorie Linthout, Senior's Flatel, Accueil Troisième  ge, Bergamote, Bel Air

■ GGC/COCOM (7) Albert de Latour, Diamant, Horizon, Suzanna Maria, Roland, la Cerisaie, Masui

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

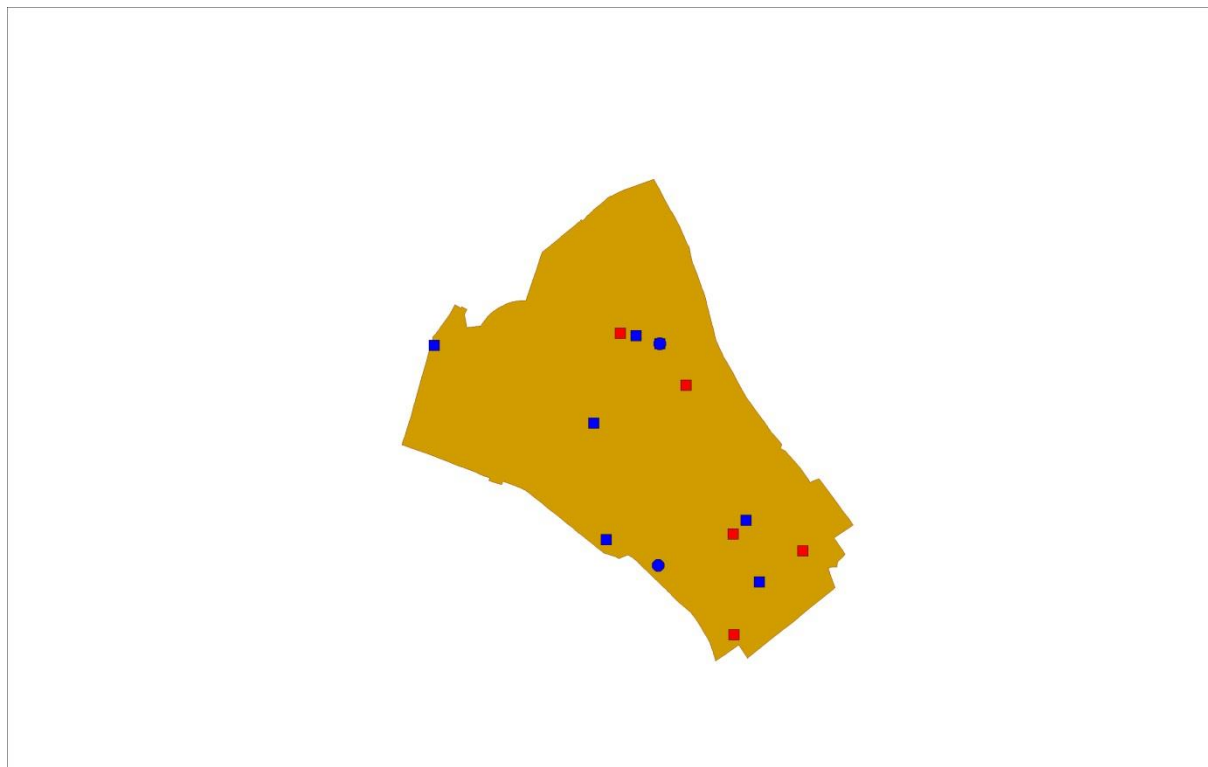
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (2) Roland, Josephine



BERCHEM-SAINTE-AGATHA

Nombre d'institutions: 7

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (0)

■ GGC/COCOM (5) Saule, Adagio, Amadéus, ARCUS, Bloemendael

Centres de soins de jour

▲ VG (1) Tram 82

▲ COCOF (0)

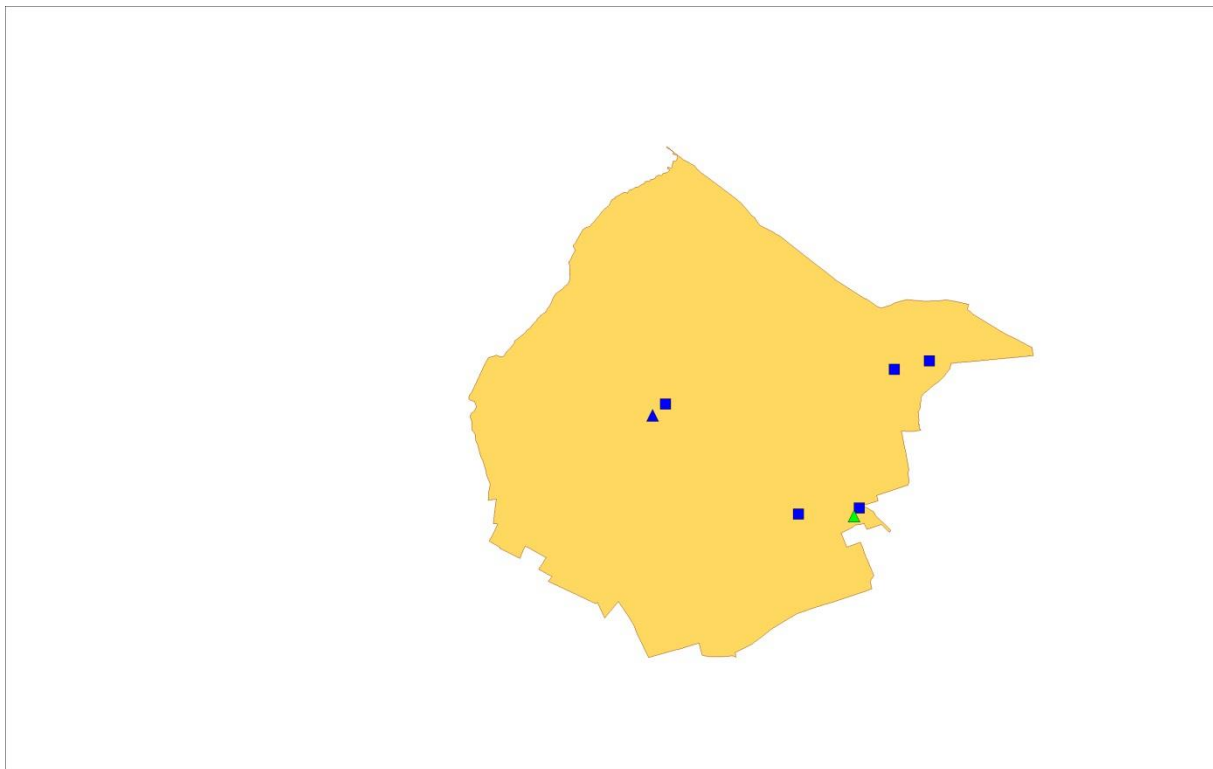
▲ GGC/COCOM (1) De Zonnebloem/Le Tournesol

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



SAINT-GILLES

Nombre d'institutions: 7

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (1) Beau-Site

■ GGC/COCOM (4) De Linden/Les Tilleuls, Parc, Mivesa, Maison de repos Israélite Heureux Séjour

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (1) Aegidium

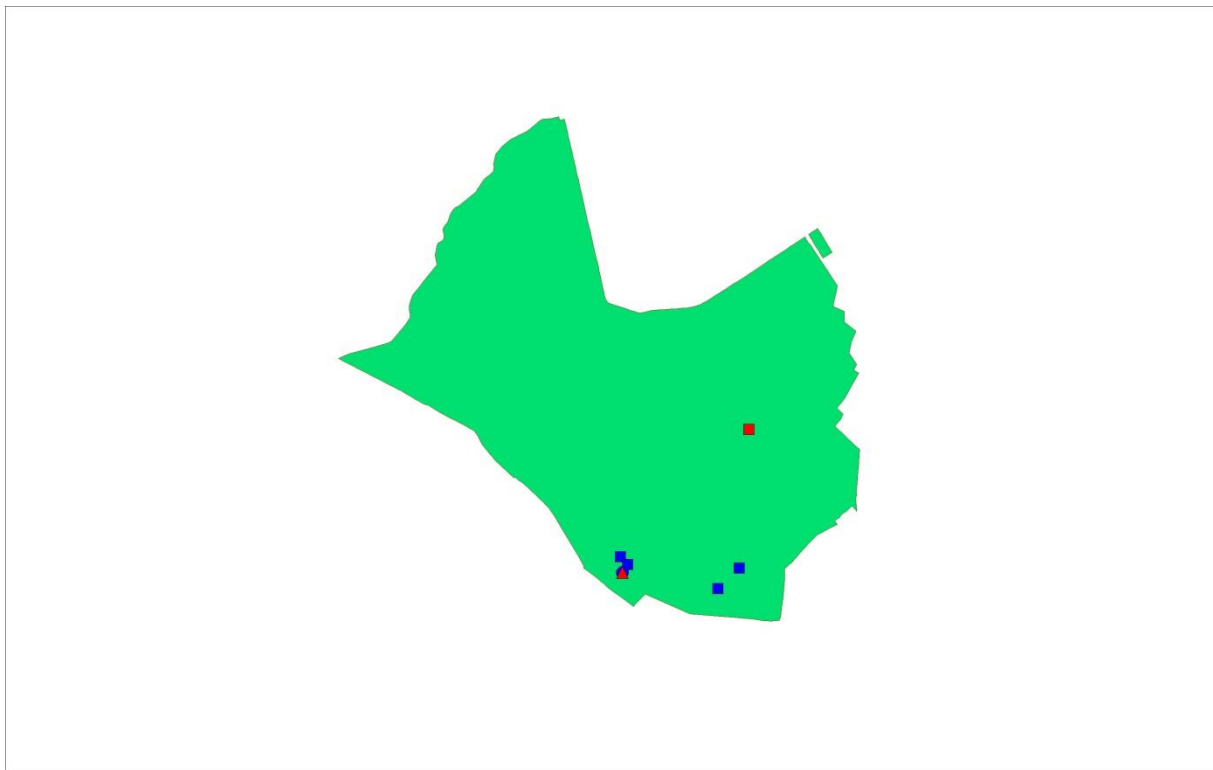
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (1) De Linden/Les Tilleuls



SAINT-JOSSE-TEN-NOODE

Nombre d'institutions: 1

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (0)

■ GGC/COCOM (1) Centre Gériatrique

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

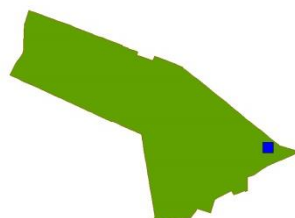
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



MOLENBEEK-SAINT-JEAN

Nombre d'institutions: 18

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (2) Home Séquoia, Léopold

■ GGC/COCOM (15) Servus Seniorum, Clos Saint Rémi, Birmingham,

Les Fuchsias, Mélopée, Sebrechts, Van Zande, Allure, Lemaire, Korenbeek, Arcadia, Scheutbos, Prince de Liège, Pacific, Paloke

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

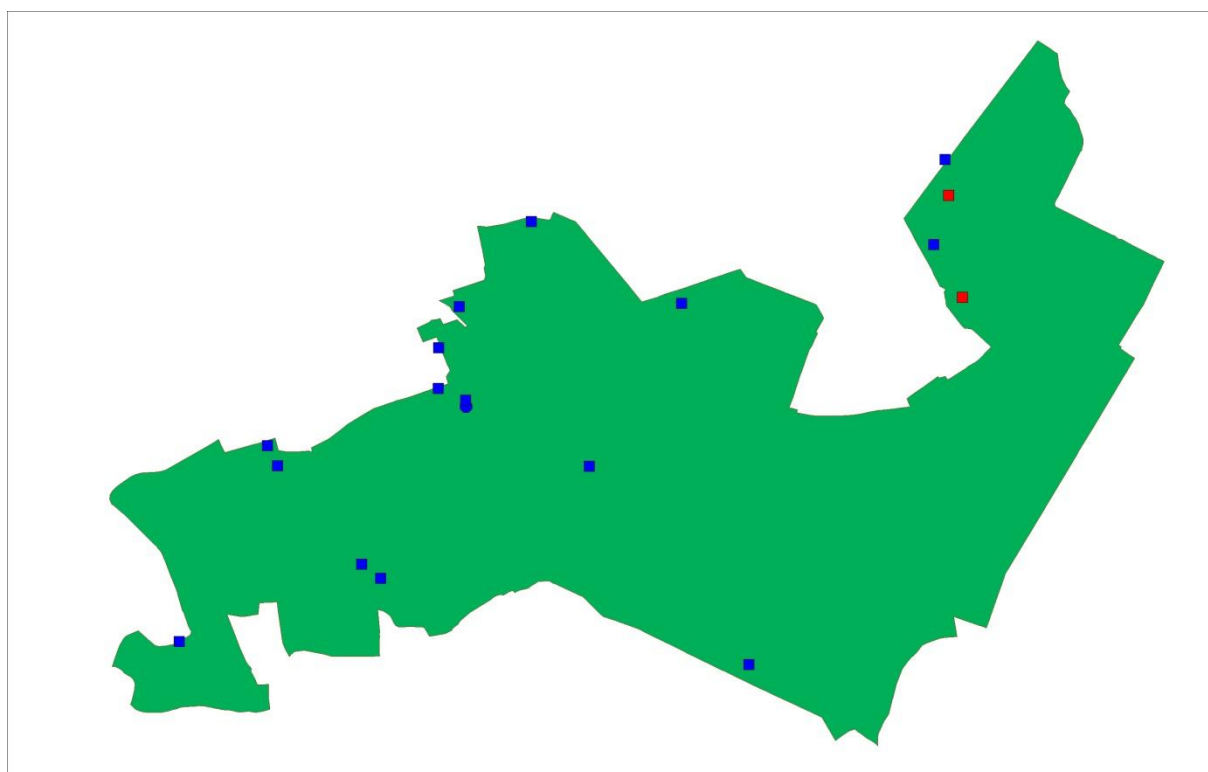
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (1) Vivaldi



WOLUWE-SAINT-LAMBERT

Nombre d'institutions: 8

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (4) Kleinenberg, Les Jardins d'Ariane, Neerveld, Arcade

■ GGC/COCOM (2) L'Eden, St.-Lambert

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

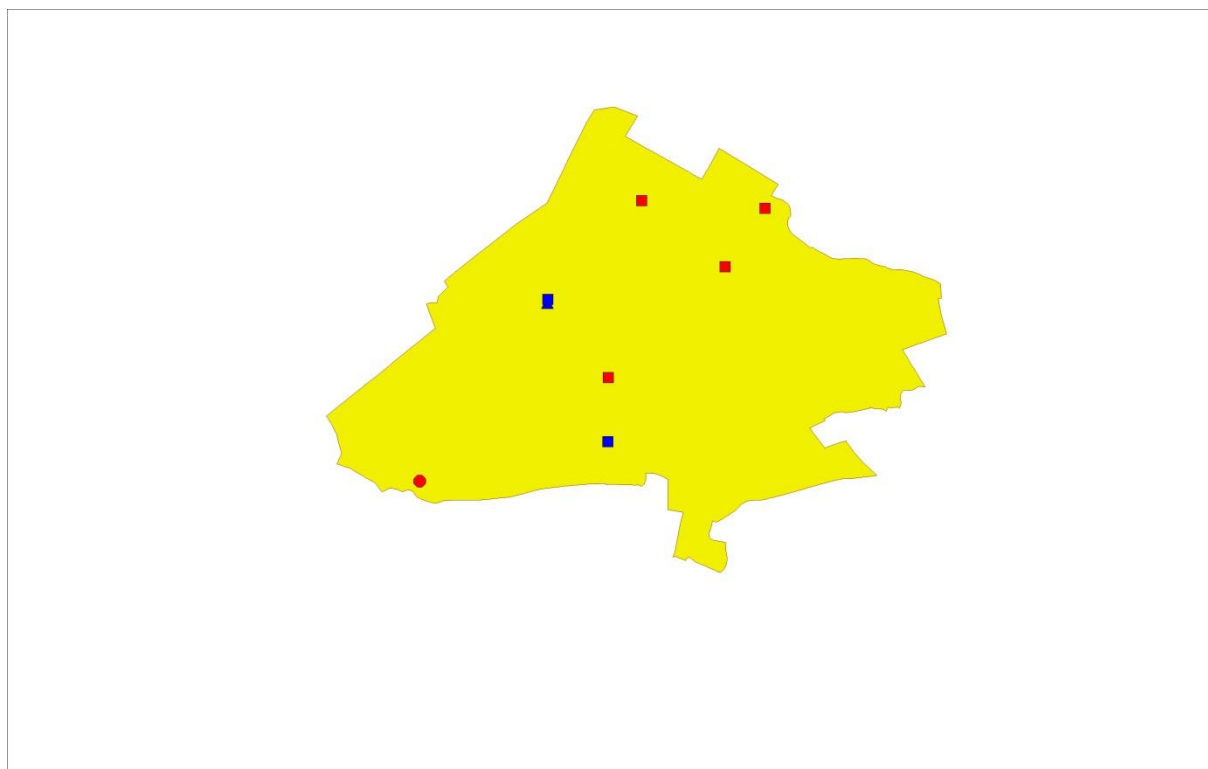
▲ GGC/COCOM (1) De Heuvel/La Colline

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (1) Cercle Trianon

● GGC/COCOM (0)



WOLUWE-SAINT-PIERRE

Nombre d'institutions: 6

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (2) Le Val Duchesse, Résidence 3 - Apollo

■ GGC/COCOM (2) N.D. de Stockel, Koning Boudewijn

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

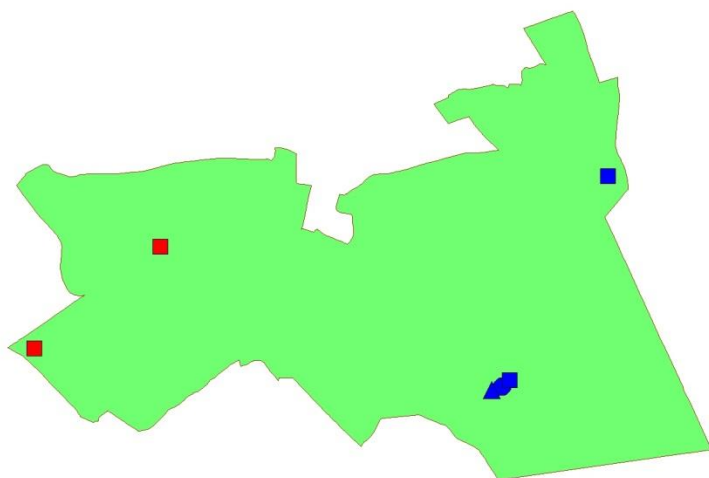
▲ GGC/COCOM (1) DVC Sint-Pieters-Woluwe

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (1) Doorndal/Val des Epinettes



UCCLE

Nombre d'institutions: 18

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (8) Anaïs, L'Olivier, Le Sagitaire, Les Fleurs d'Aubépine, Beeckman, Floréal, Les Terrasses des Hauts-Prés, Susanna Wesley

■ GGC/COCOM (7) Nazareth, Brugmann, Domaine du Neckergat, Les Jardins de Longchamp, Parc Palace, Résidence Palace Lycée Français, Melkriek

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

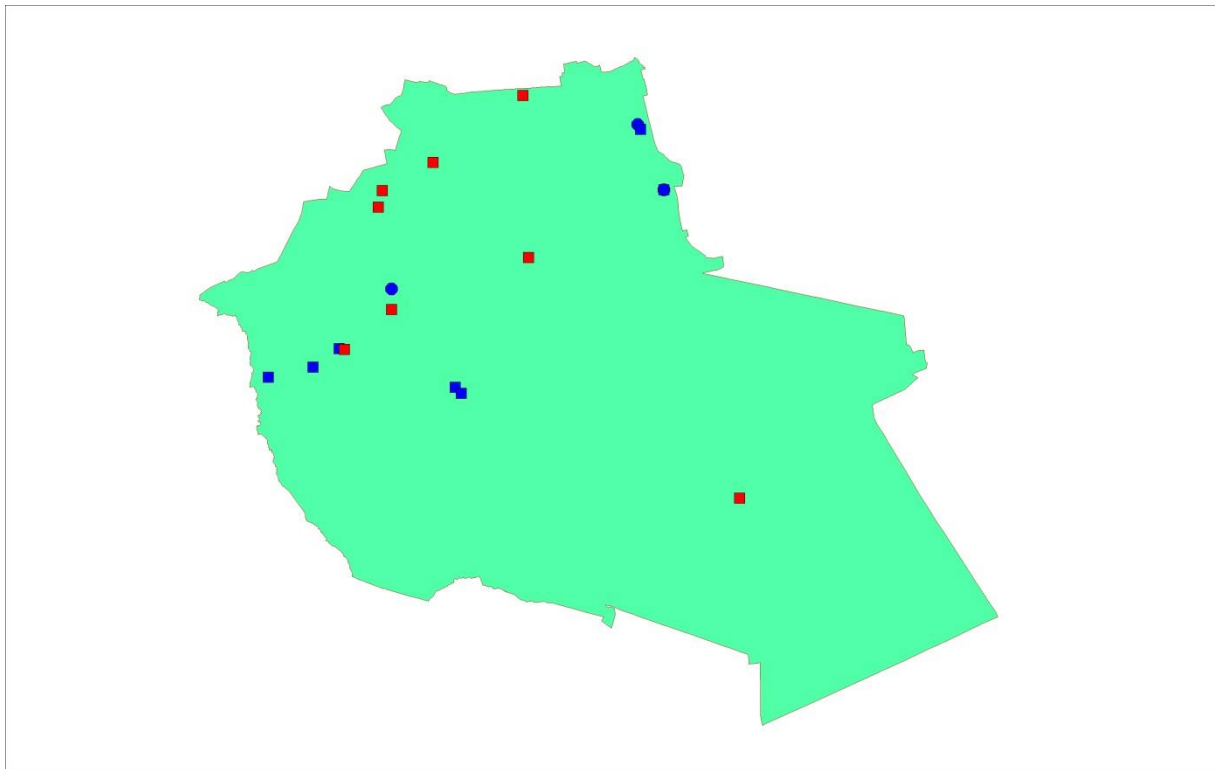
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (3) Domaine Churchill, Prinses Paola, Loreto



FOREST

Nombre d'institutions: 6

Maison de repos

■ VG (1) Bellevue

■ COCOF (2) Augustin, New Philip

■ GGC/COCOM (3) Domaine, Vesper, Val des Roses

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

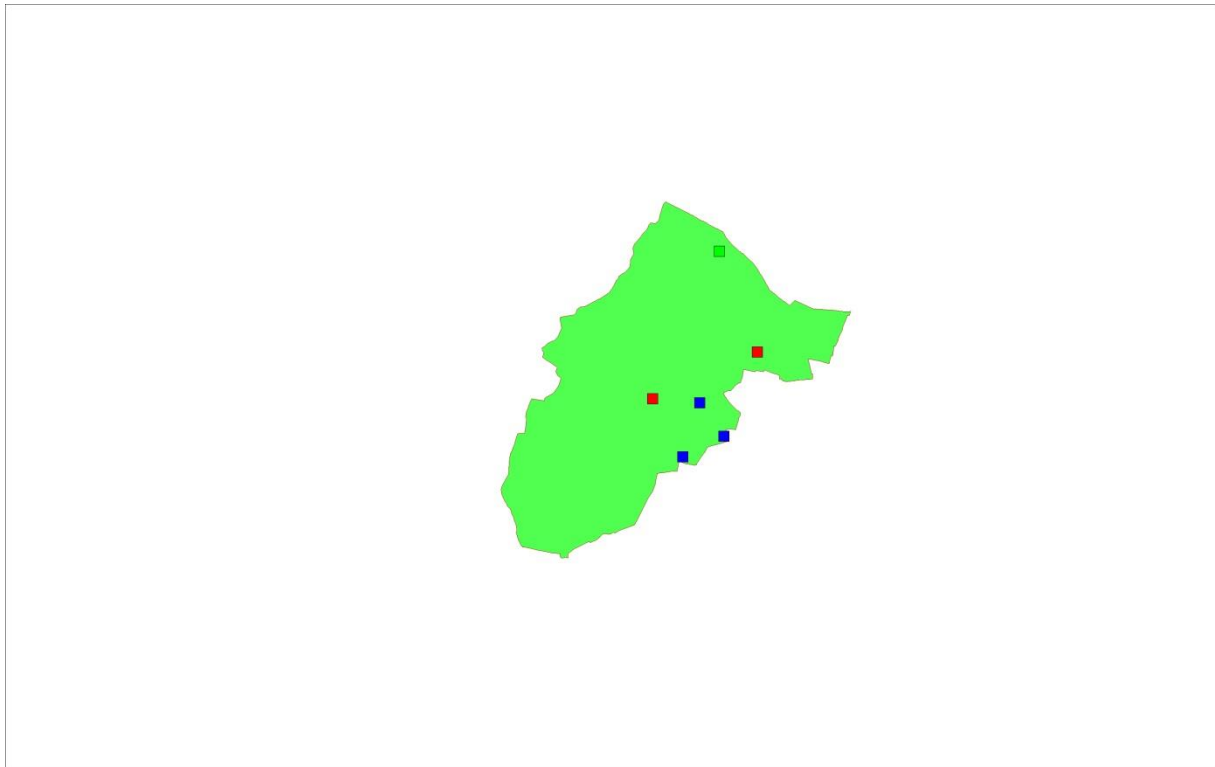
▲ GGC/COCOM (0)

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



WATERMAEL-BOITSFORT

Nombre d'institutions: 4

Maison de repos

■ VG (0)

■ COCOF (0)

■ GGC/COCOM (3)

Residentie voor Senioren, Ter Kameren/La Cambre, Ste-Anne

Centres de soins de jour

▲ VG (0)

▲ COCOF (0)

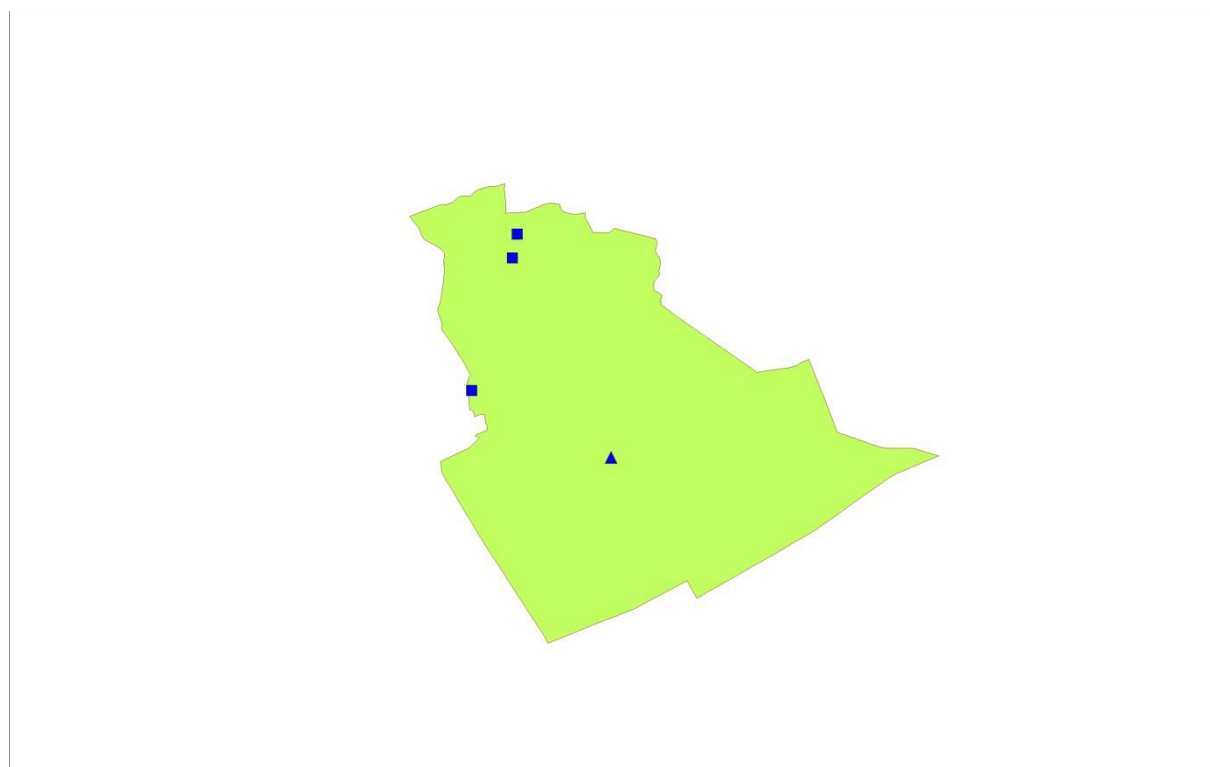
▲ GGC/COCOM (1) DVC OCMW Watermaal-Bosvoorde

Flat-services

● VG (0)

● COCOF (0)

● GGC/COCOM (0)



Partie 3 : Inventaire de la demande de soins

La partie 3 se compose de deux grandes sous-parties : Analyses quantitatives des chiffres collectés dans le cadre de l'étude des besoins des personnes âgées (1), analyses qualitatives des interviews des groupes cibles (2).

Partie 3.1 Etude des besoins des personnes âgées

1. Etude des besoins des personnes âgées

1.1 Situation

Ces dernières années, les communes ont été incitées à établir un plan de politique à l'égard des personnes âgées. Pour ce faire, elles avaient cependant souvent besoin de chiffres qui n'étaient tout simplement pas disponibles. Les communes et les conseils consultatifs pour séniors étaient dès lors demandeurs d'un soutien dans le cadre de l'établissement d'un plan de politique à l'égard des personnes âgées. En guise de réponse, une étude des besoins des personnes âgées a été mise au point en 2002 par la VUB (Vrije Universiteit Brussel), en collaboration avec la province de Flandre occidentale.

Les communes qui le souhaitent peuvent effectuer l'étude des besoins des personnes âgées (connue internationalement sous le nom de Belgian Ageing Studies). En 2012, 158 communes flamandes ont terminé l'étude, de même que la ville de Bruxelles et 2 communes wallonnes. Par ailleurs, des communes en Italie et aux Pays-Bas ont réalisé la même étude des besoins des personnes âgées. Un panel proportionnellement stratifié a été mis en place au sein de chaque commune, aussi bien selon l'âge (60-69 ans, 70-79 ans, >80 ans) que selon le sexe. Lorsque les enquêteurs ne recevaient pas de réponse auprès de l'une des personnes qu'ils interrogeaient, une adresse de remplacement similaire leur était attribuée de sorte que la représentativité soit garantie.

Le rapport partiel présenté traite des informations communales disponibles à Bruxelles. Ce rapport décrit les questions, les problèmes et les besoins de ces personnes de plus de 60 ans à Bruxelles en ce qui concerne 4 domaines : les soins à domicile, le logement et l'hébergement, le support administratif et la sécurité. "Bruxelles" est ici comparée à la "Flandre" et aux "villes centrales" flamandes.

"Bruxelles" renvoie aux chiffres collectés auprès de 600 personnes âgées vivant à leur domicile²⁴⁹ dans les quartiers de Bruxelles-centre, des Marolles, Louise, Nord-Est, Nord ; Haren, Laeken-Centre, Laeken-Heizel, Laeken-Mutsaard et Neder-Over-Heembeek. La moyenne flamande est la moyenne de toutes les communes flamandes participantes. Ci-dessous se trouve un aperçu du nombre de personnes âgées interrogées par province :

²⁴⁹ Les personnes âgées dans les structures résidentielles n'ont pas été reprises dans l'étude

Tableau 3.1 Aperçu nombre de personnes interrogées par province

Province	Nombre de personnes âgées
Brabant flamand	13 974
Anvers	6 032
Limbourg	14392
Flandre-Occidentale	12 272
Flandre-Orientale	20 889

Parmi les 13 villes centrales flamandes, 7 ont été reprises dans l'ensemble des données des Belgian Ageing Studies. Ces villes sont : Bruges, Genk, Gand, Hasselt, Courtrai, Roulers et Saint-Nicolas. Ici aussi, une moyenne a été prise en compte, à laquelle Bruxelles peut être comparée.

1.2 Méthode de collecte des données

Les données ont été rassemblées au moyen d'un système unique de peer-research. Cela signifie que les enquêtes ont été collectées par des 'peers' soit des compagnons d'âge des personnes interrogées. Pour cette étude des besoins des personnes âgées, cela signifie que les données ont été obtenues au moyen de questionnaires standardisés, qui ont été complétés chez les personnes âgées et pour lesquels les enquêteurs étaient en outre eux-mêmes des séniors. Ce système de peer-research assure un taux de first-response très élevé. Entre 65 % et 85 % des personnes âgées auxquels il a été demandé de compléter le questionnaire, l'ont fait. C'est un résultat d'autant plus élevé quand on sait que le questionnaire comportait plus de 20 pages.

Le questionnaire comportait un large éventail de thèmes : entre autres : indicateurs sociodémographiques, logement et hébergement, structures dans le quartier, engagement au niveau du quartier, problèmes de voisinage, mobilité, solitude, insécurité, santé, assistance, communication de renseignements, prestation de services, participation culturelle, participation dans la vie associative, participation dans les associations de séniors, bénévolat, engagement et influence politique, utilisation des médias, aménagements des loisirs des séniors et retraite... sur lesquels une administration locale pourrait baser sa politique. Avant de pouvoir répondre aux besoins, il faut en effet d'abord en avoir connaissance.

1.3 Etude des besoins des personnes âgées à Bruxelles : Description du panel

Tableau 3.2 Part des personnes interrogées par catégorie d'âge

Âge	%
60-69	46,5
70-79	34,2
80+	19,4

L'âge minimum était de 60 ans et la personne interrogée la plus âgée avait 95 ans. L'âge moyen parmi les Bruxellois interrogés était de 71,8 ans. Plus de 45 % des personnes âgées interrogées étaient âgées entre 60 et 69 ans au moment de remplir le questionnaire et quasi 34,3 % avaient entre 70 et 79 ans. Enfin, quasi deux personnes âgées sur dix avaient au moment de l'étude atteint l'âge de 80 ans et plus.

Tableau 3.3 Part des personnes interrogées par sexe

Sexe	%
Homme	44,1
Femme	55,9

Parmi les plus de 60 ans, les femmes sont surreprésentées. Il y a avait 44 hommes pour 56 femmes.

Tableau 3.4 Part des personnes interrogées par catégorie d'âge x sexe

Âge	Hommes	Femmes
60-69	49,1	50,9
70-79	43,6	56,4
80+	33,3	66,7

Lorsque nous examinons les proportions homme-femme dans les différentes catégories d'âge, nous constatons que la part des femmes par rapport à la part des hommes augmente à mesure que l'âge monte. Alors que parmi les 60-69 ans il est presque question d'une répartition égale (49,1 % d'hommes par rapport à 50,9 % de femmes), nous constatons un remarquable glissement dans la plus vieille catégorie d'âge: 33 hommes pour quasi 67 femmes.

Tableau 3.5 Part des personnes interrogées selon l'état civil

Etat civil	%
Marié	52,0
Jamais marié	8,4
Divorcé	13,0
Concubin	2,9
Veuf/Veuve	23,7

Un peu plus de la moitié des personnes âgées bruxelloises sont mariées. Par ailleurs, nous observons que 8,4 % n'ont jamais été mariés, 13 % sont séparés et 2,9 % cohabitent avec un partenaire. 23,7 % des personnes âgées bruxelloises sont veuves.

Tableau 3.6 Part des personnes interrogées par catégorie de revenus

Revenus	%
500-999€	22,1
1000-1499€	36,5
1500€-1999€	18,8
>€2000	22,7

Ensuite, nous donnons un aperçu de la répartition des catégories de revenus parmi les personnes âgées vivant à Bruxelles. Nous constatons ainsi que 22,1 % des personnes interrogées doivent s'en sortir avec un revenu familial mensuel inférieur à € 1000. 36,5 % disposent d'un revenu familial variant entre € 1000 et € 1499. 18,8 % ont un revenu entre € 1500 et € 2000 et enfin 22,2 % des personnes interrogées touchent un revenu de la plus haute catégorie, à savoir >€ 2000.

Tableau 3.7 Part des personnes interrogées par nationalité

Nationalité	%
Belge	86,6
Grec	1,4
Marocain	2,8
Congolais	0,3
Italien	2,8
Tunisien	0,2
Argentin	0,2
Allemand	0,5
Espagnol	1,2
Français	1,8
Néerlandais	0,5
Japonais	0,2
Britannique	0,5
Macédonien	0,2
Luxembourgeois	0,2
Polonais	0,2
Algérien	0,2
Turc	0,2
Angolais	0,2
Portugais	0,3
Total	100

Le tableau 3.7 reflète la part des personnes interrogées selon leur nationalité. La grande majorité des Bruxellois interrogés de plus de 60 ans sont de nationalité belge. Par ailleurs, vingt-neuf autres nationalités sont représentées. Le plus grand groupe n'ayant pas la nationalité belge se compose de Marocains et d'Italiens (2,8 %). Le plus petit groupe est constitué des nationalités tunisienne, argentine, japonaise, macédonienne, luxembourgeoise, polonaise, algérienne, turque ou angolaise.

La nationalité n'est toutefois pas la même chose que l'ethnicité. Certains peuvent en effet être d'origine étrangère, mais avoir entretemps une nationalité belge. En examinant alors le pays d'origine des personnes âgées bruxelloises interrogées, il ressort que 71,1 % des Bruxellois interrogés sont nés en Belgique. 28,9 % des personnes âgées sont d'origine étrangère. Cela s'approche du chiffre de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2007)²⁵⁰ qui a calculé que les séniors ayant d'autres racines culturelles constituaient un tiers de la population bruxelloise de personnes âgées.

Nous examinons également dans les tableaux ci-dessous la situation du groupe des personnes âgées allochtones à Bruxelles par rapport à celle des personnes âgées autochtones. Étant donné

²⁵⁰ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (rédaction). (2007). *Vivre chez soi après 65 ans, Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles*. Bruxelles : Commission Communautaire Commune.

que le terme «allochtone» peut avoir de nombreuses définitions, nous précisons que nous entendons par-là: personnes âgées dont le pays natal n'est pas la Belgique. Toutefois, ils peuvent avoir acquis au fil des années la nationalité belge. 71,1% des personnes âgées de Bruxelles sont nées en Belgique et peuvent donc être décrites comme autochtones, 28,9% des personnes âgées de Bruxelles ne sont pas nées en Belgique et sont placées dans le rapport sous la rubrique des personnes âgées «allochtones».

2. Questions/problèmes/besoins dans le domaine des soins à domicile

2.1 Besoin d'aide

Tableau 3.8 Besoin d'aide à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Besoin d'aide pour les soins personnels	5,4	10,8	10,4
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	24,1	23,3	24,3
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	16,7	20,9	19,4

Le pourcentage de personnes âgées à Bruxelles nécessitant d'aide pour des soins personnels est plus faible (5,4%) qu'en Flandre (10,8%). Nous apercevons la même chose dans le cas de besoin d'aide pour les déplacements personnels: à Bruxelles 16,7% des personnes âgées indiquent avoir besoin de cette aide, en Flandre ce pourcentage est de 20,9%. Ensuite, près d'un quart des personnes âgées à Bruxelles signalent avoir besoin d'aide pour les tâches ménagères. Ceci est semblable à la moyenne flamande. Nous remarquons que les moyennes des villes centrales correspondent en grande partie avec les chiffres flamands.

Tableau 3.9 Besoin d'aide par âge

	60-69 ans	70-79 ans	80+
Besoin d'aide pour les soins personnels	2,0	7,7	9,1
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	15,3	23,4	47,1
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	8,7	11,1	45,0

Au fur et à mesure que l'âge augmente, la demande d'aide de soins personnels, ménagères et de déplacements personnels augmente. Certes, il y a une forte augmentation en ce qui concerne l'aide pour les tâches ménagères et pour les déplacements personnels. 15,3% des personnes âgées de 60 à 69 ans indiquent avoir besoin d'aide pour le ménage, dans la catégorie 70-79 ans le pourcentage est de 23,4% et pour la catégorie d'âge supérieure (80+) le pourcentage est de 47,1%. En ce qui concerne les déplacements personnels, 8,7% des personnes âgées entre 60 à 69 ans ont besoin d'aide. Ce pourcentage s'élève jusqu'à 45% chez les personnes âgées de plus de 80 ans.

Tableau 3.10 Besoin d'aide par sexe

	Homme	Femme
Besoin d'aide pour les soins personnels	4,5	6,2
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	14,4	32,0
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	11,0	21,3

Les personnes âgées de sexe féminin signalent pour chaque élément qu'elles ont davantage besoin d'aide par rapport aux personnes âgées de sexe masculin. La plus grande différence se trouve dans l'aide nécessaire pour les tâches ménagères: 32,0% des femmes âgées indiquent avoir besoin d'aide, chez les hommes le pourcentage est de 14,4%. Pour les déplacements personnels, deux femmes sur dix signalent avoir besoin d'aide, chez les hommes le résultat est d'un sur dix.

Tableau 3.11 Besoin d'aide par catégorie de revenus

	€ 500-999	€ 1000-1499	€ 1500-1999	> € 2000
Besoin d'aide pour les soins personnels	7,8	5,0	4,7	4,9
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	35,0	23,4	18,8	20,4
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	23,4	17,1	12,9	16,0

Les personnes âgées ayant des revenus entre € 500-999 nécessitent plus de soins personnels, d'aide pour les tâches ménagères ainsi que d'aide pour les déplacements personnels par rapport aux personnes appartenant à des catégories de revenus plus élevés.

Tableau 3.12 Besoin d'aide par état civil

	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/Veuve
Besoin d'aide pour les soins personnels	5,9	7,1	4,3	0	4,8
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	18,9	30,4	21,1	25,0	34,9
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	13,2	18,6	8,8	0	29,7

Les personnes âgées jamais mariées et veufs/veuves nécessitent davantage d'aide par rapport aux personnes âgées mariées, divorcées ou en concubinage. De ce fait, 30,4% des personnes âgées jamais mariées ont besoin d'aide pour les tâches ménagères et 18,6% d'entre elles ont besoin d'aide pour les déplacements personnels. Si nous regardons les chiffres pour les personnes âgées veufs/veuves, nous apercevons que 34,5% d'entre elles nécessitent d'aide pour les tâches ménagères et 29,7% ont besoin d'aide pour déplacements personnels. Il n'y a presque

pas de 'jamais marié' et 'concubin' à Bruxelles. Cette combinaison fait en sorte que ces chiffres absolus sont petits.

Tableau 3.13 Besoin d'aide origine autochtone / allochtone

	Origine autochtone	Origine allochtone
Besoin d'aide pour les soins personnels	5,9	4,5
Besoin d'aide pour les tâches ménagères	23,8	24,4
Besoin d'aide pour les déplacements personnels	16,8	15,9

Il n'y a pas de grandes différences à constater entre les répondants autochtones et allochtones concernant le besoin d'aide. Ils ont tous les deux besoin d'une aide comparable pour soins personnels, tâches ménagères et déplacements personnels.

2.2 Problèmes de santé

Tableau 3.14 Problèmes de santé à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Problèmes de santé ?	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Jamais	22,4	22,1	22,5
Parfois	57,8	60,9	58,8
Souvent	19,8	17,1	18,7

Deux personnes âgées sur dix venant de Bruxelles ont souvent des problèmes de santé. Les chiffres sont parallèles avec les chiffres flamands et la moyenne des villes centrales flamandes.

Tableau 3.15 Problèmes de santé par âge

Problèmes de santé?	60-69 ans	70-79 ans	80+
Jamais	22,9	21,2	24,1
Parfois	59,3	59,3	53,7
Souvent	17,8	19,6	22,2

Au plus l'on vieillit, au plus élevé est le pourcentage de personnes âgées qui déclarent avoir souvent des problèmes de santé. Toutefois, ceci n'est pas une grande augmentation.

Tableau 3.16 Problèmes de santé par sexe

Problèmes de santé?	Homme	Femme
Jamais	22,2	22,6
Parfois	57,3	58,4
Souvent	20,6	19,0

Il n'y a pas de grande différence entre les personnes âgées masculines et féminines à propos des problèmes de santé. Les hommes âgés signalent avoir environ autant de problèmes de santé que les femmes âgées.

Tableau 3.17 Problèmes de santé par catégorie de revenus

Problèmes de santé?	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Jamais	16,2	22,5	16,7	20,2
Parfois	55,6	54,3	71,1	63,3
Souvent	28,3	23,1	12,2	16,5

Les personnes âgées à Bruxelles avec un revenu mensuel inférieur à € 1000 indiquent avoir plus souvent des problèmes de santé que les personnes âgées avec un revenu plus élevé.

Tableau 3.18 Problèmes de santé par état civil

Problèmes de santé?	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubini	Veuf/ Veuve
Jamais	22,9	17,4	19,7	12,5	24,8
Parfois	59,0	56,5	66,2	68,8	49,6
Souvent	18,1	26,1	14,1	18,8	25,6

Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées et qui sont veufs/veuves signalent plus souvent avoir des problèmes de santé que les personnes âgées mariées, en concubinage ou divorcées. Plus d'un quart des personnes âgées qui n'ont jamais été mariées et un quart des personnes âgées veufs/veuves indiquent avoir des problèmes de santé. Pour les personnes âgées mariées et en concubinage, le pourcentage est d'environ 18%. Les personnes âgées divorcées signalent le moins souvent avoir des problèmes de santé (14,1%).

Tableau 3.19 Problèmes de santé origine autochtone / allochtone

Problèmes de santé?	Origine autochtone	Origine allochtone
Jamais	24,2	16,7
Parfois	56,6	62,2
Souvent	19,1	21,2

Le pourcentage de personnes âgées d'origine allochtone indiquant avoir constaté des problèmes de santé est plus élevé par rapport au groupe de répondants autochtones.

2.3 Nombre d'heures d'aide reçues

Tableau 3.20 Nombre d'heures d'aide reçues à Bruxelles, en Flandre et dans les villes centrales flamandes

	Bruxelles	Flandre	Villes centrales
Nombre d'heures d'aide reçues	2,81	6,48	5,81

Nous avons demandé aux personnes âgées qui ont reçu de l'aide, combien d'heures par semaine cela contenait. Les personnes âgées à Bruxelles reçoivent en moyenne 2,81 heures d'assistance par semaine. A Bruxelles, les personnes âgées reçoivent considérablement moins d'heures d'assistance par semaine que la moyenne d'heures chez les personnes âgées flamandes (6,48) et les personnes âgées dans les villes centrales flamandes (5,81).

Tableau 3.21 Nombre d'heures d'aide reçues par âge

	60-69 ans	70-79 ans	80+
Nombre d'heures d'aide reçues	1,96	2,84	3,59

Une augmentation du nombre d'heures d'assistance reçu par semaine est constatée au plus l'âge augmente.

Tableau 3.22 Nombre d'heures d'aide reçues par sexe

	Homme	Femme
Nombre d'heures d'aide reçues	2,76	2,82

La différence entre les hommes et les femmes à propos du nombre d'heures d'aide reçu par semaine est petite. Les hommes reçoivent en moyenne 2,76 heures d'aide par semaine, chez les femmes cette moyenne est de 2,82 heures par semaine.

Tableau 3.23 Nombre d'heures d'aide reçues par catégorie de revenus

	€ 500-999	€ 1000-1499	€ 1500-1999	> € 2000
Nombre d'heures d'aide reçues	3,24	1,84	3,5	1,82

Il n'y a pas de relation linéaire au niveau du revenu mensuel familial. Les personnes âgées de la catégorie de revenu mensuel familial supérieure (> 2000 €) et ceux avec un revenu entre € 1000 à 1499 reçoivent moins d'heures d'assistance par semaine que ceux ayant un revenu mensuel familial entre € 1500 à 1999 et ceux ayant un revenu inférieur à 1000 €.

Tableau 3.24 Nombre d'heures d'aide reçues par état civil

	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/ Veuve
Nombre d'heures d'aide reçues	2,07	3,76	2,04	2,00	3,94

S'il y a de l'aide, les personnes âgées jamais mariées et veufs/veuves reçoivent en moyenne deux heures d'assistance en plus que les personnes âgées d'autres catégories.

Tableau 3.25 Nombre d'heures d'aide reçues par origine autochtone / allochtone

	Origine autochtone	Origine allochtone
Nombre d'heures d'aide reçues	2,72	3,35

Les personnes âgées d'origine allochtone reçoivent plus d'heures d'aide par semaine que les personnes âgées d'origine autochtone.

2.4 De qui l'aide est reçue?

Tableau 3.26 L'aide reçue à Bruxelles, en Flandre et dans les villes centrales flamandes

Reçoit l'aide de:	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Personne	15,1	12,9	7,9
Partenaire	26,8	34,6	33,2
Enfants	44,2	57,4	49,1
Petits enfants	22,1	26,6	21,3
Famille	11,1	22,4	18,0
Amis et connaissances	22,1	21,9	22,7
Voisins	22,7	23,7	20,8
Médecin généraliste	31,9	33,3	32,5
Organisation pour personnes âgées	5,5	4,1	4,2
Aide-gardienne (à domicile)	3,7	4,8	4,8
Soins à domicile	13,3	28,8	30,8
Centrale de services à domicile	12,7	13,9	13,2
Service de nettoyage/service d'aide pour personnes âgées	36,4	39,3	41,9
Service de livraison	9,1	3,3	3,3
Service pour petites tâches	9,1	6,4	5,2
Repas chauds	7,3	9,3	8,9
Centre de service/Pavillons	1,8	3,5	3,3
Bénévolat	2,5	4,0	4,2
Gouvernement municipal	3,7	2,0	1,1
Transports organisés par les services publics et privés : central pour personnes moins mobiles	1,8	3,4	3,1

Nous avons demandé aux personnes âgées nécessitant de l'aide de la part de qui ils reçoivent cette aide. 15,1% des personnes âgées venant de Bruxelles indiquent n'avoir pas reçu d'aide de quiconque. Ce chiffre est nettement plus élevé que les personnes âgées venant des villes centrales flamandes: ici 7,9% des personnes âgées indiquent ne pas pouvoir compter sur l'aide de quelqu'un. A Bruxelles, on obtient en premier lieu l'aide des enfants. Puis, le service de nettoyage et le service pour aide aux personnes âgées, et, troisièmement, du docteur généraliste.

Il existe des différences entre la moyenne Flamande et les chiffres de Bruxelles en ce qui concerne l'aide reçue. Les personnes âgées (60+) à Bruxelles reçoivent moins d'aide de leur partenaire, de leurs enfants et autres membres de la famille que les personnes âgées venant de Flandre. 34,5% des personnes âgées en Flandre obtiennent de l'aide de leur partenaire, chez les personnes âgées de Bruxelles le pourcentage est de 26,8%. A Bruxelles, 44,2% des personnes âgées reçoivent de l'aide des enfants, en Flandre 57,4%. Pour finir, nous remarquons également

une grande différence dans l'aide par la famille, 11,1% à Bruxelles, le double en Flandre et dans les villes centrales flamandes également plus d'aide par la famille (18,0%).

Dans l'aide formelle, il y a une différence remarquable pour les soins à domicile. 13,3% des personnes âgées venant de Bruxelles reçoivent de l'aide à domicile, en Flandre le pourcentage est de 28,8% et dans les villes centrales encore plus élevé, à savoir 30,8%.

Les personnes âgées à Bruxelles obtiennent en outre plus souvent d'aide d'un service de portage et d'un service pour petites tâches.

2.5 Raison d'insatisfaction de l'aide reçu

Tableau 3.27 Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Trop peu d'aide	23,3	16,6	19,9
Attitude négative des aides-soignants	6,9	5,0	6,9
Peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances	10,5	18,7	17,2
Peu ou pas d'aide pendant le week-end	15,3	10,9	12,1
L'aide n'est pas immédiatement disponible	27,1	16,3	24,6
Trop cher	47,1	25,1	31,7
Charge trop lourde pour mon environnement	7,1	7,8	6,3
Pannes d'équipement	4,7	2,8	3,3
L'aide se fait à de mauvaises heures	22,4	7,3	7,4

Si les personnes âgées de Bruxelles ne sont pas satisfaites de l'aide qu'ils reçoivent, la raison principale est le prix d'achat. Près de la moitié des personnes âgées indiquent que l'aide est trop chère (47,1%). La deuxième cause principale de mécontentement que nous voyons est que 27,1% des personnes de 60+ ans signalent que l'aide n'est pas immédiatement disponible. 23,3% indiquent que l'aide ne répond pas aux besoins/est moindre.

Si nous comparaissons les trois premiers avec les moyennes flamandes, nous voyons que ici aussi le prix élevé indique la plus grande insatisfaction, mais avec un pourcentage inférieur de 25,1%.

Pour finir, il est également remarquable que plus d'un cinquième signalent recevoir de l'aide à de mauvaises heures. Comparativement à la moyenne flamande, ce pourcentage est trois fois plus élevé.

Tableau 3.28 Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu par âge

Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu	60-69 ans	70-79 ans	80+
Trop peu d'aide	39,3	16,0	13,8
Attitude négative des aides-soignants	7,1	11,5	/
Peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances	7,1	11,5	10,7
Peu ou pas d'aide pendant le week-end	17,9	12	14,3
L'aide n'est pas immédiatement disponible	21,4	36,0	21,4
Trop cher	53,6	60,0	25,0
Charge trop lourde pour mon environnement	10,7	4,0	3,6
Pannes d'équipement	7,1	4,0	/
L'aide se fait à de mauvaises heures	25,0	24,0	14,3

Les personnes âgées de la catégorie d'âge 60 à 69 ans sont plus souvent mécontentes de l'absence d'aide (39,3%), la lourde charge pour leur environnement (10,7%) et la présence d'aide à de mauvaises heures (25%) que les personnes âgées venant des catégories d'âge supérieures. Les personnes âgées de la catégorie d'âge 70 à 79 ans ont un pourcentage élevés d'insatisfaction pour le prix d'assistance (36%) et indisponibilité de l'aide (60%).

Tableau 3.29 Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu par sexe

Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu	Homme	Femme
Trop peu d'aide	24,0	21,7
Attitude négative des aides-soignants	4,0	8,2
Peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances	4,2	11,5
Peu ou pas d'aide pendant le week-end	25,0	10,0
L'aide n'est pas immédiatement disponible	16,7	30,0
Trop cher	45,8	48,3
Charge trop lourde pour mon environnement	12,5	5,0
Pannes d'équipement	8,3	3,3
L'aide se fait à de mauvaises heures	20,8	23,3

Il existe des différences très claires pour un certain nombre de raisons entre les volontaires masculins et féminins. 16,7% des hommes âgés ne sont pas satisfaits de l'aide parce qu'elle n'est pas directement disponible, chez les femmes âgées ceci est presque le double (30,0%). Les femmes sont également plus souvent insatisfaites de l'aide en raison de l'attitude négative des aides-soignants et le peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances. D'autre part, les hommes sont plus insatisfaits sur l'absence d'aide pendant le week-end, les pannes d'équipement et la charge trop lourde pour l'environnement.

Tableau 3.30 Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçue par état civil

	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/ Veuve
Trop peu d'aide	20,0	25,0	55,6	50,0	16,7
Attitude négative des aides-soignants	4,8	0	11,1	0	10,3
Peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances	4,9	0	11,1	50,0	17,2
Peu ou pas d'aide pendant le week-end	10,0	25,0	33,3	50,0	13,8
L'aide n'est pas immédiatement disponible	20,0	25,0	44,4	50,0	31,0
Trop cher	50,0	100,0	44,4	0	41,4
Charge trop lourde pour mon environnement	7,5	0	11,1	0	6,9
Pannes d'équipement	2,5	25,0	/	0	6,9
L'aide se fait à de mauvaises heures	15,0	50,0	44,4	50,0	20,7

Le tableau sur l'état civil doit être interprété avec prudence. Seules les personnes âgées qui reçoivent de l'aide ont rempli la question sur l'insatisfaction de l'aide. Surtout chez les personnes âgées jamais mariées, divorcées ou en concubinage. Les nombres absolus sont minimes.

Tableau 3.31 Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçue origine autochtone / allochtone

Raisons d'insatisfaction sur l'aide reçu	Origine autochtone	Origine allochtone
Trop peu d'aide	22,4	24,0
Attitude négative des aides-soignants	6,9	7,7
Peu ou pas d'aide pendant les périodes de vacances	10,5	7,7
Peu ou pas d'aide pendant le week-end	17,5	8,0
L'aide n'est pas immédiatement disponible	24,6	32,0
Trop cher	43,9	52,0
Charge trop lourde pour mon environnement	8,8	4,0
Pannes d'équipement	7,0	0,0
L'aide se fait à de mauvaises heures	22,8	24,0

Bien que chaque groupe de personnes âgées indique le même top trois des raisons d'insatisfaction, il existe des différences dans les pourcentages. 43,9% des personnes âgées d'origine autochtone trouvent que l'aide est trop chère, la moitié des personnes âgées d'origine allochtone partage cet avis (52,0%). Comme deuxième raison principale d'insatisfaction sur l'aide reçu provenant des deux groupes est que l'aide n'est pas immédiatement disponible. Chez

les personnes âgées autochtones, le pourcentage est de 24,6%, chez les personnes âgées allochtones 32,0%. Ensuite, on indique que l'aide est trop peu présente. Un quart des personnes âgées allochtones indiquent aussi que l'aide se fait à de mauvaises heures.

3. Questions/problèmes/ besoins dans le domaine de l'habitat en le logement

3.1 Situation de propriété

Tableau 3.32 Situation de propriété à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Situation de propriété	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Propriétaire	47,0	82,9	72,8
Locataire (marché privé)	28,7	8,1	13,0
Locataire (marché social)	17,7	4,2	8,8
Aucune de ces réponses	6,6	4,8	5,4

47% des personnes âgées venant de Bruxelles sont propriétaires de leur domicile, 28,7% louent un logement sur le marché privé, 17,7% louent un logement social et de 6,6% sont ni propriétaire ni locataire. Cela peut être lié au logement chez les enfants, l'usufruit, etc.

En matière de logement social, le chiffre du centre de Bruxelles (17,7%) est plus élevé que celui calculé par la Société du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale (2009)²⁵¹. Ils indiquent qu'environ 10% des personnes âgées vivent dans un logement social. Il semble également que plus de 40% des résidents d'un logement social sont plus âgés que 60 ans.

Les pourcentages varient considérablement des moyennes flamandes. En Flandre, 82,9% des personnes âgées sont propriétaires de leur logement, ceci près de la moitié à Bruxelles. De plus, le pourcentage de personnes âgées à Bruxelles qui louent un logement social est quatre fois plus élevé que le pourcentage en Flandre (17,7% vs. 4,2%).

Les pourcentages concernant la situation de propriété dans les villes centrales varient entre les chiffres flamande et bruxelloise. Ainsi, en moyenne 72,8% des personnes âgées dans ces villes sont propriétaires de l'habitation. La même chose s'applique sur le marché locatif dans les villes centrales, 13,0% des personnes âgées louent sur le marché privé et 8,8% sur le marché social, ce qui fait que les chiffres sont légèrement plus élevés que la moyenne flamande, mais inférieurs aux chiffres de Bruxelles.

²⁵¹ Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij (2009). *Statistieken Inlichtingen 31-12-2009*. Consulté à 30 janvier 2012, à <http://www.slrbr.be/site12/slrbr/documentatie/statistieken/statistieken-nl/statistieken-inlichtingen-31-12-2009/view>

Tableau 3.33 Situation de propriété par âge

Situation de propriété	60-69 ans	70-79 ans	80+
Propriétaire	48,1	46,3	44,6
Locataire (marché privé)	30,7	25,4	31,2
Locataire (marché social)	15,6	19,9	18,8
Aucune de ces réponses	5,6	8,5	5,4

On constate une légère baisse de propriétaire du logement au fur que l'âge augmente. La location sur le marché du logement social augmente au fur que l'âge augmente. Les personnes âgées entre 70 et 79 ans louent moins souvent sur le marché privé que ceux plus âgés ou plus jeunes. Les personnes âgées de 80+ louent plus souvent sur le marché du logement social.

Tableau 3.34 Situation de propriété par catégorie de revenus

Situation de propriété	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Propriétaire	53,3	46,6	44,3	45,4
Locataire (marché privé)	28,0	32,2	29,5	24,1
Locataire (marché social)	13,1	16,7	18,2	22,2
Autre	5,6	4,6	8,0	8,3

Les personnes âgées ayant un faible revenu sont plus propriétaires que les personnes âgées dans les catégories de revenu plus élevé. Plus le revenu augmente, plus la proportion de personnes âgées qui louent un logement social augmente. Donc, se sont en fait les personnes âgées avec le revenu le plus élevé qui louent un logement social. Le pourcentage des personnes âgées avec un revenu inférieur à € 1000 qui louent un logement social est de 13,1%, ce pourcentage chez les personnes âgées avec un revenu supérieur à € 2000 est de 22,2%.

Tableau 3.35 Situation de propriété par état civil

	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/ Veuve
Propriétaire	59,9	30,6	28,6	41,2	37,0
Locataire (marché privé)	23,5	36,7	36,4	35,3	30,4
Locataire (marché social)	10,9	28,6	23,4	5,9	26,8
Autre	5,6	4,1	11,7	17,6	5,8

Six personnes âgées mariées sur dix sont propriétaires de leur logement, ce qui est également le pourcentage le plus élevé. Chez les personnes âgées en concubinage et veufs/veuves, ceci est d'environ quatre sur dix personnes âgées et chez les personnes âgées jamais mariée et divorcée la proportion est de trois sur dix. Nous voyons que la plupart des personnes âgées jamais mariées, divorcées et veufs/veuves louent à la fois sur le marché privé et social. Les personnes

âgées en concubinage sont fort présentes sur le marché locatif privé, mais sont les moins représentés dans le marché locatif social. Les personnes âgées mariées à Bruxelles louent moins que les autres catégories.

Tableau 3.36 Situation de propriété origine autochtone / allochtone

Situation de propriété	Origine autochtone	Origine allochtone
Propriétaire	52,9	33,5
Locataire (marché privé)	24,6	39,0
Locataire (marché social)	17,1	17,7
Aucune de ces réponses	5,3	9,8

Quant à l'habitation, nous apercevons un certain nombre de différences en matière de propriétaire du domicile et location sur le marché privé. 52,9% des personnes âgées autochtones sont propriétaire de leur domicile. Chez les personnes âgées d'origine allochtone, ce pourcentage est nettement plus faible, à savoir 33,5%. Un quart des personnes âgées d'origine belge loue un domicile sur le marché privé. Près de quatre personnes âgées allochtones sur dix louent un logement sur le marché privé. Le pourcentage de personnes âgées qui louent un logement social est similaire pour les deux groupes.

3.2 Type de logement

Tableau 3.37 Type de logement à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Type de logement	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes Centrales (%)
Habiter indépendamment dans une Maison de famille	27,2	85,5	73,8
Habiter indépendamment dans un Appartement	62,8	9,3	20,5
Habiter indépendamment dans un studio	4,5	0,4	0,7
Habiter chez les enfants	2,2	2,5	2,1
Logement alternatif	3,3	2,3	2,8

27,2% des personnes âgées de Bruxelles vivent de façon indépendantes dans une maison familiale, la moyenne flamande est de 85,5%. Les personnes âgées à Bruxelles vivent plus souvent de façon indépendante dans un appartement (62,8%) que les personnes âgées en Flandre (9,3%). Dans les villes centrales flamandes le logement dans un appartement est aussi plus populaire que la moyenne flamande, mais le pourcentage est tout de même inférieur à celui de Bruxelles. Habiter chez les enfants ou habiter dans un logement alternatif est semblable chez les trois sections.

Tableau 3.38 Type de logement par âge

Type de logement	60-69 ans	70-79 ans	80+
Habiter indépendamment dans une Maison de famille	30,4	26,4	20,9
Habiter indépendamment dans un Appartement	61,5	59,9	70,9
Habiter indépendamment dans un studio	4,4	6,1	1,8
Habiter chez les enfants	1,5	3,0	2,7
Logement alternatif	2,2	4,6	3,6

Au fur que l'âge augmente, la proportion de personnes âgées vivant de façon indépendante dans une maison de famille diminue. Nous remarquons que si l'âge augmente, les personnes âgées habitent plus souvent dans un appartement. 6,1% des personnes âgées entre 70 et 79 ans à Bruxelles vivent dans un studio. Ce chiffre diminue à nouveau au chez les personnes âgées 80+.

Tableau 3.39 Type de logement par catégorie de revenus

Type de logement	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Habiter indépendamment dans une Maison de famille	35,3	24,3	25,8	25,0
Habiter indépendamment dans un Appartement	57,8	66,5	62,9	66,7
Habiter indépendamment dans un studio	2,0	5,8	5,6	3,7
Habiter chez les enfants	3,9	0,6	2,2	1,9
Logement alternatif	1,0	2,9	3,4	2,8

Les personnes âgées ayant un revenu inférieur à 1000 € habitent plus souvent de manière indépendante dans une maison familiale que ceux qui ont un revenu plus élevés. 3,9% des personnes âgées avec un revenu inférieur à 1000 € habitent chez les enfants, ce pourcentage est plus faible chez les personnes âgées avec un revenu plus élevé.

Tableau 3.40 Type de logement par état civil

Type de logement	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/ Veuve
Habiter indépendamment dans une maison de famille	38,0	8,2	10,7	35,3	19,3
Habiter indépendamment dans un appartement	55,1	73,5	77,3	64,7	68,9
Habiter indépendamment dans un studio	2,6	6,1	10,7	0	4,4
Habiter chez les enfants	2,3	0	0	0	3,7
Logement alternatif	2,0	12,2	1,3	0	3,7

Les personnes âgées jamais mariée et divorcée habitent clairement plus souvent dans un appartement ou studio et moins souvent dans une maison familiale que d'autres catégories. Plus d'une personne âgée jamais mariée sur dix habitent dans un logement alternatif, ce pourcentage pour d'autre catégorie est inférieur à 4%.

Tableau 3.41 Type de logement origine autochtone / allochtone

Type de logement	Origine autochtone	Origine allochtone
Habiter indépendamment dans une maison de famille	28,9	23,6
Habiter indépendamment dans un appartement	63,7	60,6
Habiter indépendamment dans un studio	3,9	6,1
Habiter chez les enfants	0,2	6,7
Logement alternatif	3,2	3,0

Les personnes âgées allochtones vivent plus souvent chez leurs enfants que les personnes âgées d'origine autochtone, respectivement 6,7% par rapport à 0,2%. 28,6% des personnes âgées autochtones vivent de façon indépendante dans une maison familiale. Chez les personnes âgées d'origine allochtone, ce pourcentage est de 23,6%.

3.3 Une inadaptation de la propriété au vieillissement

Tableau 3.42 Inadaptation de la propriété au vieillissement à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Inadaptation de la propriété au vieillissement	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Aucune inadaptation	12,2	14,4	15,6
Inadaptation moyenne	47,2	45,5	48,5
Inadaptation grave	40,6	40,1	35,9

Quatre personnes âgées de Bruxelles sur dix habitent dans un domicile inadapté et presque la moitié (47,2%) dans un domicile moyennement inadapté. Ces chiffres sont semblables à ceux dans le contexte flamand et légèrement supérieurs à ceux des villes centrales.

Tableau 3.43 Inadaptation de la propriété au vieillissement par âge

Inadaptation de la propriété au vieillissement	60-69 ans	70-79 ans	80+
Aucune inadaptation	10,8	12,8	16,0
Inadaptation moyenne	43,5	48,3	53,2
Inadaptation grave	45,8	38,9	30,9

Surtout les personnes âgées de plus de 80 ans vivent dans un logement moyennement inadapté et les personnes âgées de plus de 60 ans vivent dans un logement gravement inadapté.

Tableau 3.44 Inadaptation de la propriété au vieillissement par catégorie de revenus

Inadaptation de la propriété au vieillissement	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Aucune inadaptation	15,3	11,0	10,7	12,2
Inadaptation moyenne	40,8	52,8	48,8	39,8
Inadaptation grave	43,9	36,2	40,5	48,0

Les personnes âgées ayant un revenu supérieur à € 2000 vivent un peu plus souvent dans un domicile très inadapté que les personnes âgées avec un revenu plus faible.

Tableau 3.45 Inadaptation de la propriété au vieillissement par état civil

	Marié	Jamais marié	Divorcé	Concubin	Veuf/ Veuve
Aucune inadaptation	11,4	18,2	11,3	6,2	13,0
Inadaptation moyenne	45,9	52,3	47,9	37,5	48,8
Inadaptation grave	42,7	29,5	40,8	56,2	38,2

Les personnes âgées vivant en concubinage vivent le plus souvent dans un logement gravement inadapté. En second lieu viennent les couples mariés.

Tableau 3.46 Inadaptation de la propriété au vieillissement origine autochtone / allochtone

Inadaptation de la propriété au vieillissement	Origine autochtone	Origine allochtone
Aucune inadaptation	11,9	11,8
Inadaptation moyenne	50,8	39,5
Inadaptation grave	37,3	48,7

Près de la moitié des personnes âgées allochtones vivent dans un domicile fortement inadapté au vieillissement. Chez les personnes âgées d'origine belge, ce pourcentage est nettement plus faible, à savoir 37,3%.

Tableau 3.47 Eléments inadaptés à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Eléments inadaptés	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Escaliers pour entrer dans le domicile	30,9	16,7	14,2
Escaliers dans le domicile	27,4	49,2	49,1
Distance enfants trop grande	19,6	14,2	14,7
Trop bruyant	19,1	12,9	16,8
Quartier pas plaisant	16,1	6,3	7,5
Sensibles au cambriolage	18,1	13,8	14,6
Difficile à chauffer	16,9	11,6	11,0
Trop cher	16,7	7,7	9,0
Trop grand	14,8	17,7	14,9
Distance établissement trop grande	14,4	21,1	16,1
Manque de confort dans le logement	10,6	9,6	9,7
Trop petit	10,4	5,1	6,0
Escalier pour aller à la toilette	10,4	7,8	7,8
Peu adapté	10,2	7,1	8,0
Mauvais état	8,3	5,4	5,2
Seuils trop élevé	7,8	6,0	5,6

La plupart des aspects de l'inadaptation du logement pour personnes âgées à Bruxelles concernent les escaliers pour entrer dans le domicile (30,9%), les escaliers présents dans le domicile (27,4%) et la distance trop grande jusqu'aux enfants (19,6). En Flandre, les escaliers présents dans le domicile est l'élément le plus indiqués comme inapproprié (49,2%), ce pourcentage est nettement plus grand que celui de Bruxelles (27,2%).

Outre que le problème d'escalier, près d'un sur cinq domiciles sont trop bruyants et sensibles au cambriolage. Un domicile sur six est difficile à chauffer. Les chiffres des villes centrales sont largement compatibles avec les moyennes flamandes.

3.4 Adapter le domicile?

Tableau 3.48 Domicile adapté au besoin à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Veut adapter le domicile au besoin?	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Non	42,3	49,0	49,9
Neutre	24,3	24,1	23,5
Oui	33,4	26,8	26,6

33,4% des personnes âgées veulent adapter le domicile aux besoins, en Flandre ce pourcentage est de 26,8%.

Tableau 3.49 Domicile adapter au besoin par âge

Veut adapter le domicile au besoin?	60-69 ans	70-79 ans	80+
Non	39,5	39,5	54,6
Neutre	25,0	25,0	21,2
Oui	35,5	35,5	24,3

Les personnes âgées de plus de 80 ans sont plus souvent réticentes à l'idée d'adapter le domicile à leurs propres besoins.

Tableau 3.50 Domicile adapté au besoin par catégorie de revenus

Veut adapter le domicile au besoin?	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Non	42,1	44,3	39,0	43,4
Neutre	23,2	21,2	28,0	30,3
Oui	34,7	34,5	33,0	26,3

La proportion qui veulent adapter la propriété est la plus faible chez les personnes âgées dont le revenu est supérieur à € 2000.

Tableau 3.51 Adapter le domicile au besoin origine autochtone / allochtone

Veut adapter le domicile au besoin?	Origine autochtone	Origine allochtone
Non	44,8	36,4
Neutre	23,3	27,2
Oui	31,9	36,4

La proportion de personnes âgées qui veut adapter leur maison est plus élevée chez les personnes âgées d'origine allochtone (36,4%) que chez les personnes âgées d'origine autochtone (31,9%).

3.5 Intention de déménagement

Tableau 3.52 Intention de déménagement à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Positif par rapport à	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Déménager vers un type de logement adapté	15,0	8,8	9,5
Déménager vers un home de repos	4,9	4,5	5,0
Habiter chez les enfants	4,5	4,9	3,8
Déménager vers un type de logement pour personnes âgées adapté dans le quartier	6,6	6,7	6,2
Cohabiter avec un certain nombre de personnes âgées, avec des pièces d'habitation séparées	7,5	5,7	5,9
Déménager vers une résidence service pour personnes âgées	9,6	15,6	16,8

Au total, seulement 27% des personnes âgées de Bruxelles sont en faveur d'un déménagement. Si nous regardons où les personnes âgées veulent déménager, nous remarquons que 15% des personnes âgées à Bruxelles sont positifs pour un déménagement dans l'avenir vers un type de logement adapté. En Flandre ce pourcentage est de 8,8%. 4,9% des personnes âgées aimerait bien déménager vers un home de repos, 4,5% aimeraient habiter chez les enfants, 6,6% pensent que le déménagement vers un type de logement pour personnes âgées adapté dans le quartier est une option possible et 7,5% est d'accord avec l'idée de cohabiter avec d'autres personnes âgées. Près d'une personne âgée sur dix serait d'accord de déménager vers une résidence de service. Les moyennes des villes centrales sont conformes aux chiffres flamands.

Nous remarquons que 1,3% des personnes interrogées sont positifs en faveur d'un déménagement vers une de possibilité ci-dessus.

Tableau 3.53 Intention de déménager origine autochtone / allochtone

Positif par rapport à	Origine autochtone	Origine allochtone
Déménager vers un type de logement adapté	12,0	22,5
Déménager vers un home de repos	5,7	2,6
Habiter chez les enfants	3,7	6,6
Déménager vers un type de logement pour personnes âgées adapté dans le quartier	7,2	5,3
Cohabiter avec un certain nombre de personnes âgées, avec des pièces d'habitation séparées	8,6	4,6
Déménager vers une résidence service pour personnes âgées	10,7	7,3

Les personnes âgées d'origine allochtone sont plus positives à l'idée de déménager vers un type de logement adapté par rapport aux personnes âgées d'origine autochtone, respectivement 22,5% par rapport à 12,0%. Les personnes âgées autochtones sont plus positives pour cohabiter avec d'autres personnes âgées que les personnes âgées allochtones.

3.6 Déménagé ces dix dernières années + raison pourquoi

Tableau 3.54 Déménagé ces dernières 10 années à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Déménagé ces dernières 10 années	23,6	14,1	18,1

La proportion des personnes âgées à Bruxelles qui au cours de ces dix dernières années ont déménagées, est remarquablement plus élevée que la proportion en Flandre. La proportion de personnes âgées dans les villes centrales (18,1%) qui ont déménagées ces dernières dix années est plus élevée que la proportion flamande (14,1%), mais inférieur aux chiffres de Bruxelles (23,6%).

Tableau 3.55 Déménagé ces dernières 10 années par âge

	60-69 ans	70-79 ans	80+
Déménagé ces dernières 10 années	30,8	15,7	19,5

Les personnes âgées du troisième âge déménagent plus souvent.

Tableau 3.56 Déménagé ces 10 dernières années par catégorie de revenus

	€ 500 – 999	€ 1000 – 1499	€ 1500 – 1999	>€ 2000
Déménagé ces dernières 10 années	18,9	22,0	25,6	27,8

Au fur et à mesure que les revenus augmentent, les personnes âgées déménagent plus souvent.

Tableau 3.57 Déménagé ces 10 dernières années origines autochtone / allochtone

	Origine autochtone	Origine allochtone
Déménagé ces dernières 10 années	19,4	34,3

Les personnes âgées à Bruxelles d'origine allochtone ont plus fréquemment déménagé ces 10 dernières années.

Tableau 3.58 Raison de déménagement à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Raison de déménagement	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Problèmes de logement	43,7	23,5	26,5
Situation financière	29,4	13,2	17,4
Vers un quartier agréable	29,4	37,0	34,3
Vers un quartier avec une meilleure proximité des établissements	22,2	18,1	18,3
Problèmes de santé	15,1	26,2	32,9
Sentiment d'insécurité	11,9	12,4	13,3
Solitude	6,3	14,1	9,0
Besoin de contacts sociaux	6,3	11,2	11,5
Ne pas vouloir être dépendant des enfants	5,6	16,9	14,7

43,7% des personnes âgées indiquent avoir déménagé en raison de problèmes avec le logement, 29,4% à cause de problèmes financiers et 29,4% en raison d'un quartier plus agréable.

Lorsque l'on compare les trois premiers de Bruxelles avec le top trois flamand, nous constatons des différences remarquables. Les personnes âgées à Bruxelles déménagent plus souvent à cause de problèmes avec le logement (43,7% contre 23,5% en Flandre) et à cause de problèmes financiers (29,4% contre 13,2% en Flandre).

32,9% des personnes âgées dans les villes flamandes centrales indiquent avoir déménagé en raison de problèmes de santé. Ceci est nettement plus élevé qu'en Flandre (26,2%) et à Bruxelles (15,1%).

4. Questions/problèmes/besoins dans le domaine de soutien administratif

4.1 Manque d'information et de renseignement

Tableau 3.59 Manque d'information et de renseignement à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Manque d'information et de renseignement	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Jamais	55,9	45,7	47,4
Parfois	34,1	47,3	45,3
Souvent	10,0	7,0	7,3

Une personne âgée de Bruxelles sur dix constante souvent un manquement d'information et de renseignement. En Flandre et dans les villes centrales ce pourcentage est d'environ 7,0%.

Tableau 3.60 Manque d'information et de renseignement par âge

Manque d'information et de renseignement	60-69 ans	70-79 ans	80+
Jamais	58,1	49,7	61,1
Parfois	31,8	38,7	31,5
Souvent	10,1	11,6	7,4

Les personnes âgées entre 70 ans et 79 ans éprouvent le plus de problèmes dans ce domaine, les personnes âgées avec un âge plus élevé le moins.

Tableau 3.61 Manque d'information et de renseignement par catégorie de revenus

Manque d'information et de renseignement	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Jamais	49,5	49,7	56,7	56,0
Parfois	35,3	39,9	34,5	34,8
Souvent	15,2	10,4	8,9	9,2

Les personnes âgées ayant un revenu inférieur à € 1000 éprouvent le plus souvent un manquement d'information et de renseignement que les personnes âgées avec un revenu plus élevé.

Tableau 3.62 Manque d'information et de renseignement origine autochtone / allochtone

Manque d'information et de renseignement	Origine autochtone	Origine allochtone
Jamais	56,9	54,5
Parfois	32,6	36,6
Souvent	10,5	9,0

La proportion de personnes âgées à Bruxelles indiquant sentir souvent un manque d'informations et de renseignement est similaire pour les deux groupes. Les personnes âgées d'origine allochtone indiquent un peu plus souvent avoir des problèmes à ce sujet.

4.2 Problèmes avec le remplissage de formulaires

Tableau 3.63 Problèmes avec le remplissage de formulaires à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Problèmes avec le remplissage de formulaires	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Jamais	48,9	41,6	46,0
Parfois	36,9	46,2	23,2
Souvent	14,2	12,2	10,8

14,2% des personnes âgées à Bruxelles éprouvent souvent des difficultés à remplir des formulaires. En Flandre, ce pourcentage est de 12,2% et 10,8% pour les villes centrales flamandes.

Tableau 3.64 Problèmes avec le remplissage de formulaires par âge

Problèmes avec le remplissage de formulaires	60-69 ans	70-79 ans	80+
Jamais	49,6	45,5	51,9
Parfois	36,0	39,2	35,2
Souvent	14,3	15,3	13,0

Les personnes âgées entre 70 ans et 79 ans ont plus souvent des problèmes avec le remplissage de papiers, les personnes âgées avec un plus grand âge moins.

Tableau 3.65 Problèmes avec le remplissage de formulaires par catégorie de revenus

Problèmes avec le remplissage de formulaires	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Jamais	33,3	39,9	52,2	62,4
Parfois	39,4	41,6	40,0	30,2
Souvent	27,3	18,5	7,8	7,3

Plus le revenu est faible, plus les difficultés dans le remplissage de formulaires est éprouvé. Près de trois personnes âgées ayant un revenu inférieur à 1000 € sur dix ont souvent des problèmes avec le remplissage de formulaires, chez les personnes âgées avec un revenu supérieur à € 2000, ce pourcentage est de 7,3%.

Tableau 3.66 Problèmes avec le remplissage de formulaires origine autochtone / allochtone

Problèmes avec le remplissage de formulaires	Origine autochtone	Origine allochtone
Jamais	50,8	44,2
Parfois	36,0	37,8
Souvent	13,3	17,9

Les personnes âgées d'origine allochtone éprouvent plus souvent des difficultés à remplir les formulaires.

5. Questions/problèmes/besoins dans le domaine de sécurité (tomber, abus envers personnes âgées, etc.)

5.1 Sentiment d'insécurité

Tableau 3.67 Sentiment d'insécurité à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Sentiment d'insécurité	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Faible	8,3	16,3	13,7
Moyen	27,0	34,5	31,5
Grave	64,7	49,2	54,8

Les personnes âgées de Bruxelles éprouvent plus souvent des sentiments d'insécurité grave par rapport aux personnes âgées flamande. 64,7% des personnes âgées de plus de 60 ans de Bruxelles éprouvent des sentiments d'insécurité grave par rapport à 35,5% en Flandre. Aussi les personnes âgées des villes centrales connaissent de plus en plus souvent des sentiments d'insécurité grave par rapport à la moyenne flamande, mais le pourcentage est inférieur à celui de Bruxelles.

Tableau 3.68 Sentiment d'insécurité par âge

Sentiment d'insécurité	60-69 ans	70-79 ans	80+
Faible	9,1	7,6	8,1
Moyen	26,8	28,3	25,8
Grave	64,1	64,1	66,1

Il n'y a pas de différences frappantes de fur et à mesure que l'âge augmente ou diminue. Le sentiment d'insécurité moyen ou grave est donc de tout âge.

Tableau 3.69 Sentiment d'insécurité par catégorie de revenus

Sentiment d'insécurité	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	> € 2000
Faible	7,9	8,0	5,6	7,4
Moyen	30,3	27,2	28,2	22,2
Grave	61,8	64,8	66,2	70,4

Au fur et à mesure que le revenu augmente, le pourcentage de personnes âgées avec des sentiments d'insécurité grave augmente. Sept personnes âgées de Bruxelles avec un revenu supérieur à € 2000 sur dix se sentent gravement en insécurité.

Tableau 3.70 Sentiment d'insécurité origine autochtone / allochtone

Sentiment d'insécurité	Origine autochtone	Origine allochtone
Faible	6,6	12,2
Moyen	25,1	31,7
Grave	68,3	56,1

Les personnes âgées d'origine autochtone à Bruxelles ont plus un sentiment d'insécurité (68,3%) par rapport aux personnes âgées allochtones (56,1%). Le pourcentage de personnes âgées ayant des sentiments d'insécurité moyen est plus élevée pour les personnes âgées allochtones que pour les personnes âgées d'origine belge.

5.2 Tomber

Tableau 3.71 Tomber à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Tomber ces derniers 12 mois	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Jamais	65,6	73,4	72,5
Oui, une fois	16,0	14,2	15,0
Oui, deux fois	8,9	5,8	5,9
Oui, trois fois	4,9	3,6	4,1
Oui, quatre fois ou plus	4,7	3,1	2,6

Le pourcentage de personnes âgées qui sont tombés ces derniers douze mois, est plus élevé à Bruxelles que la moyenne flamande. 34,54% des personnes âgées de Bruxelles sont tombées une fois cette dernière année, en Flandre ce pourcentage est de 26,6% et dans les villes flamandes centrales 27,6%.

Tableau 3.72 Tomber par âge

Tomber ces derniers 12 mois	60-69 ans	70-79 ans	80+
Jamais	70,7	67,2	50,9
Oui, une fois	15,0	13,8	23,1
Oui, deux fois	6,8	8,7	13,0
Oui, trois fois	3,8	6,7	3,7
Oui, quatre fois ou plus	3,8	3,6	9,3

La proportion de personnes âgées qui est tombé une ou plusieurs fois par an augmente au fur et à mesure que l'âge augmente. Près de la moitié des personnes âgées de plus de 80 ans est tombée au moins une fois cette année.

Tableau 3.73 Tomber par catégorie de revenus

Tomber ces derniers 12 mois	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	>€ 2000
Jamais	62,5	66,9	62,5	75,0
Oui, une fois	19,2	16,3	17,0	9,6
Oui, deux fois	7,7	7,0	12,5	7,7
Oui, trois fois	4,8	4,1	5,7	4,8
Oui, quatre fois ou plus	5,8	5,8	2,3	2,9

Les personnes âgées avec un revenu faible tombent plus souvent. Le pourcentage des personnes âgées ayant un revenu inférieur à € 1000 qui sont tombées au moins une fois l'année dernière est de 37,5%, le pourcentage chez les personnes âgées avec un revenu supérieur à 2000 € est de 25%.

Tableau 3.74 Tomber origine autochtone / allochtone

Tomber ces derniers 12 mois	Origine autochtone	Origine allochtone
Jamais	64,7	67,7
Oui, une fois	16,0	16,1
Oui, deux fois	8,1	10,6
Oui, trois fois	6,4	0,6
Oui, quatre fois ou plus	4,7	5,0

Il n'y a pas de grandes différences entre les personnes âgées d'origine autochtone et d'origine allochtone en ce qui concerne la fréquence de chute.

5.3 Maltraitance envers les personnes âgées

Tableau 3.75 Maltraitances envers les personnes âgées à Bruxelles

Maltraitance envers les personnes âgées	Bruxelles (%)
Maltraitance physique	5,8
Maltraitance psychologique (p.ex. humiliation, menaces, etc.)	5,6
Négligence	4,0
Maltraitance financière (p.ex. être obligé à signer des papiers, donner de l'argent ou des biens contre sa propre volonté, etc.)	2,0
Violation des droits personnels (p.ex. violation privacy, interdire de rencontrer des amis, etc.)	1,8
Maltraitance sexuelle (p.ex. attouchements indésiré)	0,8

13% des personnes âgées de Bruxelles (dont des personnes âgées qui vivent encore à la maison) ont été victimes l'année dernière d'au moins une forme d'abus envers personnes âgées. L'abus envers des personnes âgées est toujours la violence contre la personne âgée et est fait par une personne qu'il connaît et en qui il a confiance. L'abus fait par des étrangers n'est pas inclus dans cette étude. 5,8% des personnes âgées de Bruxelles indiquent avoir été victime d'abus physique l'année dernière. 5,6% a été victime d'abus psychologiques, 4% de négligence. Une personne âgée habitante à la maison sur 50 a été victime d'abus financiers.

La Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling et le Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraités (SEPAM) ont reçu en 2011 respectivement 183²⁵² et 840²⁵³ appels d'abus envers des personnes âgées, dont 29% provenant de personnes âgées vivant à domicile, et 71% des personnes âgées résidant dans un établissement résidentiel. Les chiffres de l'étude de besoins de personnes âgées nous montre que ceci n'est que le sommet de l'iceberg, et les appels sous-estiment la réalité.

²⁵² Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling (2011). Rapport annuel 2011. Consultée sur www.home-info.be
²⁵³ Rapport d'activités 2011 - Infor-Homes Asbl

Tableau 3.76 Maltraitements envers les personnes âgées par âge

Matraiment envers les personnes âgées	60-69 ans	70-79 ans	80+
Matraiment physique	5,3	6,1	6
Matraiment sexuelle (p.ex. attouchements indésirés)	0,8	0,6	1,2
Matraiment financière (p.ex. être obligé à signer des papiers, donner de l'argent ou des biens contre sa propre volonté, etc.)	0,8	3,0	2,4
Matraiment psychologique (p.ex. humiliation, menaces, etc.)	5,3	5,5	7,2
Négligence	3,3	3,6	6
Violation des droits personnels (p.ex. violation privacy, interdire de rencontrer des amis, etc.)	1,6	1,8	2,4

Au fur et à mesure que l'âge augmente, l'abus envers les personnes âgées à Bruxelles augmente.

Tableau 3.77 Maltraitements envers les personnes âgées par catégorie de revenus

Matraiment envers les personnes âgées	€ 500-999	€ 1000 - 1499	€ 1500 - 1999	>€ 2000
Matraiment physique	2,3	7,2	9,0	8,4
Matraiment sexuelle (p.ex. attouchements indésirés)	/	0,7	1,3	2,7
Matraiment financière (p.ex. être obligé à signer des papiers, etc.)	4,7	1,3	1,3	2,1
Matraiment psychologique (p.ex. humiliation, menaces, etc.)	2,3	6,5	5,1	9,5
Négligence	5,8	4,6	2,6	4,2
Violation des droits personnels (p.ex. violation privacy, interdire de rencontrer des amis, etc.)	2,3	0,7	1,3	3,2

Il y a plus souvent d'abus psychologique chez les personnes âgées dans la catégorie du revenu le plus élevé. Il y a plus souvent d'abus financiers chez les personnes âgées venant des catégories de revenu plus bas.

Tableau 3.78 Abus envers les personnes âgées origine autochtone / allochtone

Abus envers les personnes âgées	Origine autochtone	Origine allochtone
Abus physiques	5,8	5,6
Abus psychologiques (p.ex. humiliation, menaces, etc.)	0,9	0,7
Négligence	2,3	0,7
Abus financiers (p.ex. être obligé à signer des papiers, donner de l'argent ou des biens contre sa propre volonté, etc.)	4,9	7,6
Violation des droits personnels (p.ex. violation privacy, interdire de rencontrer des amis, etc.)	3,7	4,2
Abus sexuels (p.ex. attouchements indésiré)	2,0	1,4

Chez les personnes âgées d'origine allochtone, il est a un peu plus souvent question d'abus financiers. Chez les personnes âgées d'origine autochtone il est un peu plus souvent question de négligence.

6. Problèmes dans le quartier

Tableau 3.79 Problèmes dans le quartier à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Problèmes dans le quartier	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Dégradation et pollution	42,9	7,2	11,9
Trafic trop intense	41,0	39,5	38,8
Trop de bruit	38,9	19,5	22,4
Trop d'étrangers	36,8	4,0	11,4
Insécurité et criminalité	35,0	7,0	12,5
Peu de connaissances, amis, famille dans le quartier	30,1	23,3	27,0
Trop peu d'établissements	19,6	23,4	18,0
Mauvaise mentalité	18,6	5,4	7,1
Obstacles physique dans le quartier	13,7	7,3	8,6
Quartier inconfortable	13,0	16,3	15,8
Trop de jeunes	10,3	4,5	4,7
Seulement des personnes âgées dans le quartier	7,4	18,7	17,6

Les personnes âgées de Bruxelles éprouvent la dégradation et la pollution (42,9%), un trafic trop intense (41%), trop de bruit (38,9%), trop d'immigrants (36,8%) et l'insécurité et la criminalité (35%) comme les problèmes majeurs dans leur quartier. Le top cinq des problèmes principaux

de Bruxelles varient beaucoup avec les problèmes flamands. Ici, les principaux problèmes sont la circulation trop intense (39,5%), trop peu d'établissements (23,4%), trop peu de connaissances/amis/famille (23,3%), trop de bruit (19,5%) et la présence de trop de personnes âgées dans le quartier (18,7%).

Tableau 3.80 Insuffisamment présents dans le quartier à Bruxelles, Flandre et villes centrales flamandes

Insuffisamment présents dans le quartier	Bruxelles (%)	Flandre (%)	Villes centrales (%)
Toilettes publiques	58,0	43,4	44,1
Bureau de poste	46,1	32,3	29,5
Théâtre	42,0	28,0	23,3
Cinéma	41,0	30,2	26,0
Bancs	37,9	39,3	34,0
Boucherie	34,6	28,1	22,3
Piscine	34,4	29,6	23,9
Centre de services	32,3	27,7	22,3
Magasin mobile	30,9	26,8	22,9
Salle de sport	30,3	24,4	20,7
Boulangerie	27,0	25,1	18,8
Epicerie	26,4	35,8	29,4
Bibliothèque	26,2	22,0	19,0
Centre de quartier ou de communauté	24,1	22,8	16,6
Vert/Parc	22,3	22,3	18,8
Banque	20,9	30,3	25,8
Docteur généraliste	19,7	20,6	15,1
Passage à piéton	18,8	24,9	20,1
Eclairage	18,1	18,2	13,4
Transport en commun	17,6	26,4	19,2
Coiffeur	16,3	22,2	16,8
Halte de bus	15,6	25,6	20,5
Café	13,7	19,8	14,9
Pharmacie	11,0	23,0	15,2

Ce qui manque le plus dans le quartier par les personnes âgées à Bruxelles sont les toilettes publiques, un bureau de poste, théâtre et cinéma. Ensuite, des bancs et une boucherie.

Partie 3.2 : Entretiens qualitatifs par focus groups

1. Contexte

Afin de préparer les « Staten-Generaal Woonzorg Bruxelles » (États généraux des soins et du logement à Bruxelles), organisés en décembre 2012, une recherche qualitative a été menée au printemps 2012 afin d'identifier les besoins dans le domaine des soins aux personnes âgées à Bruxelles. Les États généraux permettront de formuler des recommandations politiques sur la façon dont certains intervenants bruxellois (flamands agréés) en matière de soins et de logement (structures de soins à domicile et pour personnes âgées) peuvent apporter d'ici 2020 une réponse qualitative et efficace aux besoins en termes de soins et de logement des Bruxellois néerlandophones.

Afin de formuler une réponse à la demande portant sur les besoins en matière de soins, nous avons donné la parole aux intéressés : quelle est l'expérience des personnes âgées et de leur entourage en ce qui concerne les soins et le logement à Bruxelles ? À quels soins et services peuvent-ils – et veulent-ils – recourir ? Où faut-il placer les priorités en termes d'organisation des soins ? Quel est le point de vue des professionnels à cet égard ?

Dans le contexte de la présente étude de programmation, le groupe de recherche a par ailleurs été élargi à des intervenants des deux communautés linguistiques. Plus de 300 personnes – personnes âgées vivant à domicile, occupants de centres de services de soins et de logements, résidences-services et habitats alternatifs, aidants proches, dispensateurs de soins, responsables de structures de soins à domicile et aux personnes âgées, et experts – ont été interrogées par focus groups de novembre 2011 à mars 2012. Nous avons essentiellement examiné de manière approfondie les expériences et propositions relatives au logement et aux soins.

2. Méthodologie

Nous avons utilisé la méthode des focus groups. Les focus groups permettent de réunir des personnes partageant une caractéristique commune afin de discuter d'un thème de recherche donné sous la direction d'un modérateur. Cette méthode vise à organiser des entretiens approfondis, non dirigés et qualitatifs en groupes homogènes de six à dix participants.

Afin d'avoir un aperçu élargi, nous avons consciemment opté pour une diversification du groupe de personnes interrogées, qui incluait tant des seniors actifs que des personnes âgées se trouvant dans une situation plus vulnérable. Étant donné que d'ici 2020, la moitié des personnes âgées devrait, selon les prévisions, être d'origine étrangère, nous avons veillé à donner la parole à ces (futurs) usagers des services de soins destinés aux personnes âgées. La recherche a inclus plus de 300 personnes, réparties dans 40 groupes d'entretien constitués comme suit :

- Personnes âgées vivant à domicile (-70 ans et +70 ans)
- Personnes âgées en situation de vulnérabilité sur le plan socioéconomique
- Personnes âgées et aidants proches d'origine étrangère (origine marocaine, turque, congolaise, d'Europe de l'Est et d'Europe occidentale)

- Occupants de centres de services de soins et de logements/maisons de repos et résidences-services de la Communauté flamande, de la COCOM et de la COCOF
- Occupants de formes d'habitations alternatives
- Kinésithérapeutes
- Pharmaciens
- Infirmiers à domicile
- Médecins généralistes
- Responsables de structures dans le domaine des soins à domicile et aux personnes âgées
- Experts et spécialistes des soins aux personnes âgées

Dans le présent rapport, nous avons uniquement inclus les résultats, les points d'attention et les propositions les plus importants, tout en mettant l'accent sur les aspects liés aux soins. Le rapport de recherche complet sera disponible lors des États généraux de décembre 2012.

3. Résultats

En général, nous pouvons avancer que les personnes âgées vivant à domicile se préoccupent peu de planifier ou de préparer le moment où elles auront besoin de davantage de soins. À cet égard, les entretiens ont été dominés par des considérations de type « on verra bien ». Ce manque d'anticipation et cette résistance au changement ont été reflétés par la faible proportion d'idées ou de propositions novatrices exprimées. En ce qui concerne la façon dont les choses pourraient être améliorées, les aspirations des personnes âgées s'avèrent limitées. Les occupants des maisons de repos, en particulier, se montrent fatalistes et résignés.

3.1 Conditions de logement et environnement

Au sujet des conditions de logement et de l'environnement, les personnes interrogées évoquent souvent les logements inadaptés, le manque d'options de logement abordables, l'évolution des quartiers et l'aliénation ressentie, ainsi que l'insécurité et la dégradation. Si les propriétaires ou les occupants de logements sociaux ont conscience de mieux s'en tirer sur le plan financier, d'autres personnes âgées (allochtones) luttent au quotidien pour joindre les deux bouts. Nous constatons par ailleurs que nombre de personnes âgées restent actives, ne se laissent pas aller, bénéficient du soutien de voisins et de leur famille et apprécient la proximité de magasins et autres établissements, des transports en commun et d'associations socioculturelles. L'importance du voisinage et du quartier s'est révélée encore plus prononcée chez les personnes âgées plus vulnérables, les occupants d'appartements (sociaux) et les personnes âgées d'origine étrangère. Dans de nombreux cas, les personnes âgées peuvent compter sur – ou sont intégrées dans – un réseau social leur assurant un soutien et une assistance. Les Maisons de quartier peuvent jouer un rôle (de remplacement) important lorsque ces réseaux menacent d'évoluer et que les personnes âgées se retrouvent « aliénées » dans leur propre quartier. Les personnes âgées connaissant les centres de services locaux formulent une opinion très positive à ce sujet.

Ces centres permettent de s'informer, de faire des rencontres, de prendre un bon repas, etc., et sont des lieux « d'activation » sociale.

3.2 Logement et services de soins

La plupart des personnes âgées n'ont pas vraiment envisagé de combiner logement et services de soins. Si les soins à domicile constituent une option pour la plupart d'entre elles, elles éprouvent néanmoins des difficultés à laisser quelqu'un pénétrer dans l'intimité de leur foyer. Or, des soins ad hoc nécessitent souvent l'intervention de divers services et dispensateurs de soins. Le défilé des dispensateurs de soins, les nombreux changements et, dans une moindre mesure, la langue – différente – parlée par les dispensateurs d'aide peuvent constituer des écueils. Les difficultés de communiquer dans sa propre langue constituent un obstacle, et ce, tant chez les personnes âgées néerlandophones que chez celles d'origine étrangère. Dans ce groupe, les participants comptent principalement sur le soutien des enfants, mais comprennent aussi que cela ne sera peut-être plus aussi évident à l'avenir ou formulent des craintes à ce sujet. L'admission dans une maison de repos est considérée comme un dernier recours et ressentie comme un rejet de la part des enfants par la communauté allochtone. Le fait que l'environnement de vie et de soins dans une maison de repos ne tienne pas – ou peu – compte de facteurs culturels ou religieux renforce les réticences.

Les maisons de repos suscitent une aversion générale. Elles sont associées à un environnement morose et peu respectueux des personnes âgées, à une perte de contrôle et d'autonomie et à une mise sous tutelle. Cette aversion se traduit par le fait que les personnes âgées ne se préparent pratiquement pas en vue d'une admission éventuelle dans une maison de repos. Seules quelques-unes ont visité des maisons de repos au préalable afin de faire un choix ou se sont inscrites sur une liste d'attente. Les témoignages des occupants des maisons de repos confirment ce tableau : pour la majorité d'entre eux, la transition s'est avérée brusque et non planifiée. En général, cette transition s'explique par une chute ou des problèmes cardiaques, qui ont incité le médecin ou les enfants à opter pour une admission dans un établissement. Même si elles semblent s'être résignées rapidement à leur situation, les personnes âgées vivent très difficilement ce changement, en particulier lorsqu'elles doivent partager une chambre. Pour nombre d'entre elles, le fait de devoir tout quitter et de voir son espace vital et son intimité limités à la moitié d'une chambre se révèle très pénible. Vivre dans une maison de repos est généralement associé à une perte de contacts sociaux et à un isolement par rapport à la vie en dehors de l'établissement. Les maisons de repos sont largement autocentrées, tout étant organisé en fonction de l'efficacité des prestations de soins et de services : horaires rigides, menus fixes, peu d'espace pour l'auto-organisation, etc. Si le fait que les personnes âgées ne doivent plus se préoccuper de leurs soins représente certainement un avantage, cette situation peut aussi entraîner un risque de mise sous tutelle et de manque d'activation.

Alors que les personnes âgées préfèrent majoritairement continuer à vivre chez elles et que la plupart rejettent l'idée d'une admission dans une maison de repos, elles n'ont mentionné que peu d'autres possibilités ou formes d'assistance qui leur permettraient de rester plus longtemps chez elles. Nombre de personnes ont conscience qu'elles peuvent rendre leur logement plus sûr

et confortable moyennant quelques aménagements (nouvelle disposition du mobilier, toilettes surélevées, remplacement de la baignoire par une douche, etc.), mais déclarent explicitement « Je sais bien, mais je ne le fais pas. » Elles pensent que cela n'en vaut plus la peine, que cela coûte trop cher, que cela n'est pas possible dans leur logement ou que le propriétaire n'autoriserait pas ces aménagements. Le recours à des ressources (système d'alarme individuel, lit adapté, équipement de soulèvement, etc.) semble également loin d'être entré dans les mœurs et les différentes ressources susceptibles d'aider les personnes âgées à rester plus longtemps chez elles apparaissent insuffisamment connues. Cela signifie donc que ces ressources et aménagements ne sont pas non plus mis en œuvre dans le contexte des soins à domicile, ce qui contribue à rendre le travail plus difficile et plus lourd.

Les personnes âgées se rendent compte que la vie en appartement est mieux adaptée – pas d'escaliers, moins d'entretien, etc. – et celles qui ont accompli cette démarche (de manière proactive) se montrent d'ailleurs très satisfaites. Peu de participants sont néanmoins prêts à déménager, principalement en raison des coûts et de la charge de travail occasionnés. Étant donné leur situation financière relativement sûre, les propriétaires et les locataires sociaux ne voient pas d'intérêt à déménager, puisqu'une autre solution se révélerait plus onéreuse ou inabordable pour eux. Nombre d'entre eux accueillent pourtant favorablement l'idée de modes d'habitat alternatifs tels que les résidences-services, les logements kangourou ou les communautés d'habitation (intergénérationnelles). Une information ad hoc au sujet des différentes possibilités et de l'offre existante et un travail de sensibilisation apparaissent comme des éléments clés à cet égard.

3.3 Prestations de soins et de services

Le morcèlement et le manque de transparence de l'offre de services et de soins représentent une constante dans l'ensemble des focus groups. Les usagers mentionnent exclusivement certains types de soins : le généraliste est habituellement connu et est un interlocuteur important ; les personnes âgées ou leur aidant proche ont souvent déjà eu recours aux soins infirmiers à domicile ; une aide ménagère se révèle utile pour beaucoup d'entre eux, mais est par ailleurs souvent inabordable ; et la maison de repos fait office de seule solution, à éviter, en l'absence de tout autre recours. La façon dont il est possible de faire appel à ces services et les droits des personnes âgées en la matière s'avèrent beaucoup moins clairs tant pour les usagers que pour les aidants proches et les professionnels. Les participants mentionnent toutes sortes de services et organisations, des mutuelles aux services d'aide aux familles en passant par la commune, mais il n'y a pas de mode d'accès uniforme. Le demandeur de soins reçoit par conséquent les informations de façon aléatoire, au cas par cas et, souvent, tardivement. Ceux qui ont de la chance ou sont bien informés ont accès aux soins, mais beaucoup tombent entre les mailles du filet.

Les formes de soins transmurales, tels les centres de soins de jour, ne sont pratiquement pas évoquées chez les personnes âgées. Certains aidants proches ont effectivement eu recours à ce type de soins et de soutien, avec un succès variable. Il n'existe pas non plus de mode d'accès

uniforme en la matière, une orientation vers ce type de soins dépendant d'un contact ou d'une rencontre fortuits.

Étant donné ces différents systèmes parallèles, l'utilisateur doit faire preuve d'une « débrouillardise » considérable dans sa recherche d'informations et de prestations de soins et de services. Il existe donc un risque réel de surutilisation des soins chez les usagers bien informés et fortunés et de sous-utilisation chez les personnes (financièrement) vulnérables. Vu la complexité de l'offre et le manque de connaissances constatés chez de nombreux patients en ce qui concerne les soins et la maladie, l'administration de soins appropriés et l'orientation ad hoc se révèlent difficiles et coûteuses en temps.

Le Bruxellois moyen disposant d'une pension limitée craint de ne pas être en mesure d'accéder à des soins de qualité. Les résidences-services sont perçues comme inabordables et les personnes âgées sont convaincues qu'elles se retrouveront dans une « mauvaise » maison de repos et que les soins de qualité sont réservés à ceux qui peuvent se le permettre. En ce qui concerne les soins à domicile, nous constatons également que peu de personnes font appel aux services d'aide aux familles, ou limitent ces services autant que possible ou les interrompent en raison de leur coût.

Les soignants constatent une augmentation des situations extrêmes (logement particulièrement sale et confusion personnelle allant souvent de pair avec un isolement total, comportements d'agression, problèmes psychiques et isolement par rapport à l'environnement social). Les conditions et contextes de travail des soignants à domicile sont parfois particulièrement pénibles et stressants. Ils estiment par ailleurs qu'ils doivent gérer ces difficultés avec un manque d'intervention et d'accompagnement. Il convient également de prêter davantage attention à des problématiques spécifiques lors de la formation (démence, problématiques psychiatriques, alcoolisme, etc.).

Les médecins et les pharmaciens font face dans une mesure croissante à des patients en situation financière précaire. Si l'apparition de médicaments génériques a permis de compenser en partie ces difficultés, elle se traduit aussi par une augmentation de la consommation de médicaments. L'offre étendue de médicaments reste par ailleurs insuffisamment connue des infirmiers, ce qui accroît le risque d'administration erronée. Les médecins pourraient jouer un rôle de conseil plus actif, par exemple en se rendant chez le patient, en suivant individuellement l'administration de médicaments et en collaborant plus étroitement avec les médecins et les dispensateurs de soins. L'organisation du travail et le système de rémunération constituent toutefois un écueil à cet égard.

D'autres groupes professionnels ont exprimé le même point de vue : le personnel (para)médical est rémunéré sur la base des prestations exécutées et ne dispose pas du temps requis pour une éducation des patients ; la concertation multidisciplinaire n'est – presque – pas rémunérée ; les visites à domicile ne sont pas encouragées étant donné la non-rémunération des heures consacrées aux déplacements. Or, il serait particulièrement judicieux d'assurer une consultation médicale spécialisée par un gériatre ou un suivi psychologique à domicile pour certains groupes de patients tels que les personnes démentes.

Les dispensateurs d'aide estiment pourtant que, lorsqu'ils se rendent à domicile, les soins dispensés peuvent effectivement faire une différence et contribuent à assurer le maintien à domicile des personnes concernées. Ils se montrent par ailleurs très motivés par l'utilité de leur métier ainsi que par les contacts humains. Les visites à domicile de différents dispensateurs de soins se traduisent généralement par des contacts informels et des échanges d'informations positifs. Or, cela n'est pas organisé systématiquement et se déroule de façon peu structurée. Un dossier électronique peut s'avérer utile, mais les aides familiales déclarent qu'elles n'ont pas accès à ce document et qu'elles ne sont pas impliquées dans la concertation, alors qu'elles ont souvent, en première ligne, une bonne vision de la situation à domicile et des besoins des usagers de soins. Les médecins soulignent qu'il est essentiel d'instaurer un lien durable avec le patient et que les visites à domicile permettent de mieux cerner la situation du patient sur la plan de la santé et des conditions de vie. Nous constatons malgré tout le peu d'importance accordé au contexte élargi dans le cadre des soins dispensés aux personnes âgées. Les membres de la famille et les aidants proches ne sont généralement pas connus par le médecin généraliste. Les soins sont principalement axés sur le patient individuel. Les aidants proches estiment que l'on tient peu compte de leur rôle dans l'organisation des soins, que leurs moyens sont surestimés et que leur besoin de soutien n'est pas reconnu ou compris.

Nombre de dispensateurs de soins pensent que la collaboration entre la première et la deuxième ligne constitue un point névralgique. La politique de sortie après un séjour hospitalier laisse plus particulièrement à désirer. Les patients se retrouvent dans les mêmes conditions de logement sans que des soins à domicile aient été organisés.

Non seulement des facteurs tels que la mobilité et l'insécurité compliquent l'organisation des soins à domicile, mais ils pèsent lourd sur l'attrait exercé par les professions du secteur de la santé à Bruxelles. Ces constats et préoccupations sont formulés par l'ensemble des groupes professionnels, des aides ménagères aux médecins généralistes en passant par les infirmiers à domicile et les kinésithérapeutes. Cette situation peut hypothéquer lourdement l'évolution ultérieure des soins (à domicile) à Bruxelles en l'absence de toute intervention liée au modèle d'organisation.

Plusieurs pistes sont avancées pour assurer une charge de travail plus équilibrée et un meilleur accès aux soins : mise en œuvre d'une pratique multidisciplinaire, gestion de cas axée sur le quartier à partir d'un point central et neutre, principe du « point de contact unique » pour le demandeur de soins et interaction plus étroite entre les services de quartier, les services de soins à domicile et les structures résidentielles sur la base d'une approche locale et axée sur le quartier.

4. En bref ...

Tableau 3.81 Swot-analyse usagers de soins

Points forts	Points faibles
<p><u>Logement et environnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes âgées veulent continuer à vivre dans un environnement familial - Les personnes âgées peuvent compter sur l'aide et le soutien de voisins - Les personnes âgées tiennent à leur autonomie - Les services de quartier jouent un rôle important (prévention, activation sociale, information, etc.) <p><u>Logement et services de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les aidants proches assurent des soins et un soutien inconditionnels - Les personnes âgées voient les possibilités/l'utilité des modes d'habitat alternatifs et des aménagements du logement <p><u>Prestations de soins et de services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le médecin généraliste est connu de tous les usagers de soins - La perception/l'expérience de la qualité des soins (de santé) est plutôt bonne 	<p><u>Logement et environnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les quartiers évoluent constamment et les personnes âgées perdent leurs repères - Logement de qualité et adapté aux personnes âgées inabordable - Aménagements du logement et ressources trop peu entrés dans les mœurs <p><u>Logement et services de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les aidants proches sont trop peu soutenus par les services de soins à domicile - L'aide familiale/les soins à domicile ne sont pas demandés ou sont interrompus en raison du prix (trop) élevé. - Formes de soins semi-résidentiels (centres de soins de jour, séjour de convalescence, etc.) trop peu connues ou disponibles - L'aversion majeure face aux maisons de repos se traduit par une admission non préparée - Pas d'espace/manque de respect pour les différentes cultures et traditions <p><u>Prestations de soins et de services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Offre de soins morcelée et trop peu visible - Les usagers de soins entrent en contact de façon fortuite avec les services - Pas de garantie de soins/prestations de services en soirée, pendant le week-end, etc. - Manque de soins axés sur le contexte

	<ul style="list-style-type: none"> - Recours « impropre » à des maisons de repos pour l'accueil de patients psychiatriques, de personnes handicapées, etc.
Opportunités	Risques
<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées veulent continuer à vivre le plus longtemps possible chez elles • Diminution future des tensions dans les relations entre personnes âgées et soignants de différentes origines 	<p><u>Logement et environnement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées restant chez elles en raison d'un sentiment d'insécurité - La mauvaise qualité du logement accroît les risques d'isolement et les risques liés à des problèmes de santé - Augmentation des situations extrêmes de confusion et d'isolement <p><u>Logement et services de soins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Surcharge des aidants proches, surestimation de leurs moyens - Manque d'anticipation, peu de disposition au changement chez les usagers de soins - La dépendance vis-à-vis des soins est ignorée - Soins de qualité uniquement pour ceux qui peuvent se le permettre financièrement : réalité ou perception ? <p><u>Prestations de soins et de services</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de surutilisation/sous-utilisation des soins - Ressentiment dû aux nombreux changements et à l'implication de personnel nouveau/parlant une autre langue - Trop peu d'attention accordée aux soins sur mesure

Tableau 3.82 Swot-analyse dispensateurs de soins

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none"> - Large éventail d'organisations de soins et de services à Bruxelles - Les dispensateurs de soins sont engagés et motivés 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de valorisation et de reconnaissance des soignants par d'autres groupes professionnels - Collaboration difficile entre les dispensateurs de soins, les généralistes et les spécialistes - Manque d'intervision et de formation continue en ce qui concerne l'aide familiale - Système de soins trop centré sur les prestations
Opportunités	Risques
<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la concertation multidisciplinaire soulignée et reconnue par tout un chacun • Potentiel de mise en œuvre d'emplois faiblement qualifiés dans le secteur de la prévention et des soins • Le recours à un personnel allochtone dans le secteur des soins peut contribuer aux interactions avec les personnes âgées allochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité « linguistique » des soins non garantie • Problèmes de mobilité et d'insécurité qui « découragent » les dispensateurs de soins • La mise en œuvre de soins à domicile augmente la pression exercée sur les généralistes, les infirmiers à domicile, etc., alors que leur nombre diminue

Partie 4: Impact financier

La partie 4 se compose de deux chapitres qui se concentrent de manière plus approfondie sur l'aspect financier des soins : d'une part la contribution financière de l'utilisateur et le coût social des soins (à domicile) (4.1), et des cas pour lesquels on a calculé combien une personne doit payer pour les mêmes soins (à domicile) proposés par différents prestataires (4.2).

Partie 4.1 Contribution : contribution de l'utilisateur et contribution sociale

1. Objectif

On dit souvent spontanément que les personnes âgées doivent pouvoir rester chez elles le plus longtemps possible. Si c'est possible, cela semble la meilleure alternative à tous les égards. On a en général l'impression que cette alternative est également la moins onéreuse. Mais est-ce vraiment le cas ? Dans cette partie de l'étude, nous souhaitons dès lors savoir ce que cela coûte que de « rester chez soi à vie ».

Il n'est pas possible d'effectuer une telle analyse approfondie dans le cadre de cette étude. Par conséquent, nous considérons uniquement cette contribution à titre indicatif.

2. Méthode

Nous nous sommes basés sur le schéma suivant, qui prend en compte les frais logiques qui doivent permettre aux personnes âgées de rester chez elle plus longtemps :

Les Coûts	Personnel	Social
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)		
Assurance habitation + RC		
Équipements d'utilité publique habitation		
Entretien		
Repas		
Aide ménagère		
Lessive et repassage		
Système domotique et adapté		
Centrale 24h		
Soins infirmiers à domicile		
Kiné		
Transport social		
Médecin traitant		
Supplément médicaments		
Matériel de soins et pour pansements		
Matériel pour incontinence		

Pour avoir un tant soit peu de visibilité, nous avons élaboré plusieurs scénarios, sur la base de plusieurs services qui, selon nous, sont nécessaires pour rester chez soi : Vivre à domicile implique un logement dans une maison ou un appartement à laquelle/auquel une assurance est

assortie qui est différente si vous êtes propriétaire ou locataire. Vous avez le gaz, l'eau, l'électricité ou les charges à payer dans le cas où vous habitez dans un appartement. Vous avez des frais pour le nettoyage. Nous partons du principe que les personnes qui souhaitent passer leurs vieux jours chez elles font appel à plusieurs services : elles font nettoyer leur maison, se font livrer leurs repas, confient leurs vêtements pour la lessive et le repassage et sortent de temps en temps et utilisent pour ce faire un service de transport social.

Lorsque les personnes âgées ont des problèmes de santé, elles consultent leur médecin traitant, l'infirmier à domicile et le kinésithérapeute passent chez elles. Elles ont en outre besoin de matériel pour les soins, les pansements, l'incontinence.

Sur la base de cette supposition, nous avons établis différents scénarios :

- les personnes concernées sont propriétaires ou non. Si elles louent, elles louent sur le marché privé ou elles louent une maison ou un appartement social ;
- les personnes concernées vivent seules ou en couple ;
- elles utilisent des services (aide ménagère, aide aux familles) qui relèvent des différentes autorités bruxelloises et des différentes réglementations en matière de subventionnement.

Sans oublier les frais qui se rapportent à la charge en soins de la personne concernée. Pour ce faire, nous souhaitons dresser trois scénarios : un avec un profil de soins faible, un avec un profil moyen et un avec un profil élevé. Conjointement avec les informations provenant des différentes autorités, cela nous donne 9 scénarios.

Pour chacun de ces scénarios, nous souhaitons dresser un aperçu des coûts personnels et des coûts sociaux.

Pour obtenir les données nécessaires, nous avons interrogé les administrations qui sont compétentes pour le logement social, les services d'aide aux familles, le transport social et les titres-services. Pour le volet médical, nous nous sommes adressés à l'INAMI. Par ailleurs, nous avons utilisé des chiffres publics provenant de divers rapports²⁵⁴, mais nous avons également obtenu beaucoup de documentation de la part des différentes administrations publiques.

De nombreuses données chiffrées n'étaient pas disponibles comme nous l'aurions voulu. Aussi est-il quasi impossible d'obtenir des données financières des prestataires de soins (INAMI) par demandeur de soins, car ces données ne sont pas conservées en tant que telles. Nous avons d'ailleurs reçu pas mal d'informations précieuses de l'INAMI. Les chiffres disponibles ne se rapportent pas toujours à la même période. Par exemple, les données trouvées pour l'aide aux

²⁵⁴ Société du Logement de la Région de Bruxelles-Capitale (2010). *Renseignements statistiques au 31-12-2010*.

Devisscher, S. e.a. (2010). Évaluation du régime des titres-services pour les services et emplois de proximité 2009. Idea Consult.

Autorités fédérales (2011). *Budget destiné à la sécurité sociale 2011*. Consulté sur

http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/nl/publicaties/vademecum/2012/I_SocBeschNL_VMed2012.pdf

Malchair, C. e.a. (2012). Le transport social en Région de Bruxelles-Capitale. Recueil des données. Bruxelles : Centre de Documentation et de Coordination sociales asbl.

Pacolet, J. e.a. (2011). De dienstencheque in Vlaanderen. Tot uw dienst of ten dienste van de zorg? Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

ONEM (2011). *Rapport annuel: Le coût des titres-services*.

familles pour la Communauté flamande datent de 2008, alors que les autres communautés ont livré des chiffres de 2010.

Les chiffres des communautés, par exemple afférents à l'aide ménagère, n'étaient pas disponibles dans ce court laps de temps pour la Communauté flamande et la COCOF. Des estimations ont été faites pour les deux informations manquantes sur la base des chiffres de la COCOM.

Une fois que ces données ont été collectées, le schéma susmentionné a pu être complété et les scénarios élaborés. Dans le cadre de l'exercice, nous n'avons pas tenu compte des diverses interventions comme celle des autorités fédérales pour les personnes fortement dépendantes, la « zorgverzekering » flamande et le système du maximum à facturer (MAF)²⁵⁵.

²⁵⁵ “A Bruxelles, en proportion du nombre de membres de Thuishulp vzw, 10 % en plus de membres entrent en considération pour le MAF (24,39 % ont droit au MAF alors qu'il est seulement question de 14,42 % du nombre de membres). Parmi le nombre de membres qui ont potentiellement droit au MAF, moitié moins de personnes à Bruxelles qu'en Flandre l'utilisent de manière effective. Cette évidente sous-consommation à Bruxelles semble bien indiquer un problème d'accessibilité. Le nombre de membres avec une allocation d'intégration ou une allocation pour l'aide aux tiers est à Bruxelles également un peu inférieur à ce que laisserait supposer le nombre de membres. On peut trouver une explication possible dans le fait que les services d'aide sociale orientent et encadrent moins les usagers pour qu'ils obtiennent les allocations supplémentaires”.
Source : Jannie Hespel – Directeur adjoint Thuishulp vzw.

3. Scénario 1: Propriétaire

Scénario VG								
Propriétaire seul							Propriétaire en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.	Prix journalier commun.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	2,83	0,00	0,00	2,83	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	3,20	0,91	17,87	5,11	0,91	5,11
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	4,26	2,43	23,83	13,62	2,43	13,62
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	20,16	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	nvt	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	362,00	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	3,98	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	32,11	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	538,00	1,47	0,66	2,95
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Total				30,83		29,41	44,61	36,91
Total par mois				924,78		882,20	1338,32	1107,21
Pension moyen				990,00			1780,00	
Saldo				65,22			441,68	

Scénario COCOM

Propriétaire seule							Propriétaire en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.	Prix journalier commun.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	2,83	0,00	0,00	2,83	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	2,38	0,68	18,00	5,14	0,68	5,14
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0	0	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	3,17	1,81	23,50	13,43	1,81	13,43
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	20,16	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00		0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	nvt	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	362,00	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	3,98	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	32,11	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	538,00	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Total				29,97		29,25	43,43	35,28
Total par mois				899,15		877,65	1302,75	1058,44
Pension moyen				990,00			1780,00	
Saldo				90,85			477,25	

Scénario COCOF								
Propriétaire seule							Propriétaire en couple	
	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.	Prix journalier commun.
Les coûts								
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	2,83	0,00	0,00	2,83	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	1,60	0,46	20,18	5,76	0,46	5,76
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	2,13	1,22	26,90	15,37	1,22	15,37
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	20,16	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00		0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	362,00	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	3,98	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	32,11	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	538,00	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,00	0,50	0,00
Total				29,15		31,82	42,61	37,85
Total par mois				874,57		954,58	1278,17	1135,37
Pension moyen				990,00			1780,00	
Saldo				115,43			501,83	

4. Scénario 2: Louer sur le marché privé

Scénario VG							
Louer sur le marché privé seule						Louer sur le marché privé en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	19,7	0,00	19,70	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	3,20	0,91	5,11	0,91	5,11
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	4,26	2,43	13,62	2,43	13,62
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,27	2,62	0,27
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				48,17	29,41	61,63	35,17
Total par mois				1445,16	882,20	1848,76	1055,04
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-455,16		-68,76	

Scénario COCOM							
Louer sur le marché privé seule						Louer sur le marché privé en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	19,7	0,00	19,70	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	0,00	0,68	5,14	0,68	5,14
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	0,00	1,81	13,43	1,81	13,43
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				47,32	29,25	60,77	35,28
Total par mois				1419,54	877,65	1823,14	1058,44
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-429,54		-43,14	

Scénario COCOF							
Louer sur le marché privé seule						Louer sur le marché privé en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	19,7	0,00	19,70	0,00
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	8,33	0,00	8,33	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	1,60	0,46	5,76	0,46	5,76
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	2,13	1,22	15,37	1,22	15,37
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				46,50	31,82	59,95	37,85
Total par mois				1394,95	954,58	1798,55	1135,37
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-404,95		-18,55	

5. Scénario 3: Louer sociale

Scénario VG							
Louer sociale seule						Louer sociale en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	8,76	23,66	8,76	23,66
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	7,36	0,00	7,36	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	3,20	0,91	5,11	0,91	5,11
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	4,26	2,43	13,62	2,43	13,62
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,27	2,62	0,27
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				36,26	53,07	49,71	58,83
Total par mois				1087,80	1591,96	1491,40	1764,80
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-97,80		288,60	

Scénario COCOM							
Louer sociale seule						Louer sociale en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	8,76	23,66	8,76	23,66
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	7,36	0,00	7,36	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	0	0,68	5,14	0,68	5,14
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	0	1,81	13,43	1,81	13,43
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	11,52	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,53	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				35,41	58,94	48,86	58,94
Total par mois				1062,18	1768,20	1465,78	1768,20
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-72,18		314,22	

Scénario COCOF							
Louer sociale seule						Louer sociale en couple	
Les coûts	Période	Fréq.	Somme	Prix. journalier pers.	Prix unitaire commun.	Prix journalier commun.	Prix journalier pers.
Loyer de l'habitation 1 chambre (sans et avec partenaire)	Mensuel		0	8,76	23,66	8,76	23,66
Assurance habitation + RC	Annuel		1020	0,48	0,00	0,48	0,00
Équipements d'utilité publique habitation	Mensuel		250	7,36	0,00	7,36	0,00
Entretien	Hebdomadaire	2	1,60	0,46	5,76	0,46	5,76
Repas	Quotidien	1	10	10,00	0,00	20,00	0,00
Aide ménagère	Hebdomadaire	4	2,13	1,22	15,37	1,22	15,37
Lessive et repassage	Hebdomadaire	2	7,5	2,14	5,76	4,29	11,52
Système domotique et adapté	Mensuel	1	30	1,00	0,00	1,00	0,00
Centrale 24h	Quotidien		0	0,00	0,05	0,00	0,05
Soins infirmiers à domicile	Annuel		471	0,30	0,99	0,30	0,99
Kiné	Mensuel	2	19,66	1,31	0,27	2,62	0,53
Transport social	Mensuel	2	35,54	0,23	2,14	0,23	2,14
Médecin traitant	Annuel	1	121	0,33	1,47	0,33	1,47
Supplément médicaments	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Matériel de soins et pour pansements	Quotidien	1	0,5	0,50	0,00	0,50	0,00
Total				34,59	55,48	48,04	61,50
Total par mois				1037,59	1664,33	1441,19	1845,13
Pension moyen				990,00		1780,00	
Saldo				-47,59		338,81	

6. Principales conclusions

Comme il a été dit, les scénarios qui ont été établis le sont uniquement à titre indicatif et sont susceptibles d'être corrigés, approfondis et nuancés. Toutefois, nous souhaitons donner quelques conclusions avec une très grande prudence :

On peut dire en général que les propriétaires ou locataires qui occupent un logement social en couple, vivent bien financièrement parlant. Les personnes seules et les locataires sur le marché privé ont plus de difficultés à rester à leur domicile d'un point de vue financier.

Si vous utilisez les services de la Communauté flamande, ceux-ci vous coûteront plus cher qu'à la COCOM ou la COCOF. Le coût social est le plus élevé à la COCOF qu'à la Communauté flamande et la COCOM.

Nous souhaitons faire remarquer dans la périphérie bruxelloise que le coût social que nous avons calculé est acceptable lorsque nous le comparons à un ancien calcul effectué pour la COCOF en 2010. En effet, le coût social a été estimé dans l'étude citée entre 274,24 euros par mois pour les personnes avec une faible demande en soins et 2701,16 euros par mois pour les personnes avec une forte demande en soins. Le coût social dans nos scénarios s'approche des 900 euros par mois²⁵⁶.

²⁵⁶ Lettre du 16 avril 2010 de madame N. Gabet au ministre E. Kir, chargé de l'Action sociale et de la Famille.

Partie 4.2 Cas de soins à domicile

1. Situation

Pour pouvoir dresser une comparaison entre les contributions des usagers des services d'aide aux familles organisés par les différentes autorités, des cas variés ont été établis. Il s'agit de 7 situations fictives qui se rapprochent toutefois étroitement de la réalité. Chaque autorité applique son propre mode de calcul où la composition du ménage, les revenus, la dépendance des soins et les conditions de logement sont des variantes récurrentes. Afin de pouvoir mesurer pleinement l'effet de ces variables, nous avons repris dans l'exercice, outre des cas avec des personnes âgées, de plus jeunes demandeurs de soins étant donné qu'ils bénéficient également des soins à domicile.

2. Les cas

Cas 1

Homme, 79 ans - célibataire - autonome - pension 13.200/an - locataire: 650+100charges/mois

	4h. aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	3,32 €/h	3,32 €/h
COCOM - CPAS 2	4,72 €/h	3,32 €/h
VG	5,83 €/h	4,41 €/h
COCOF	1,18 €/h	1,18 €/h

Cas 2

Homme, 73 ans - marié - dépendance forte - BEL +35 / handicap +70% - revenus homme: pension 896/an - femme: non - Revenu location: 11.000 - Impôts à payer: 2.270 - propriétaire, RC:890 (maison propre)

	4h .aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.	20h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	ils habitent la même maison avec 1 locataire : 1,69 €/h Ils n'habitent pas ma même maison que le locataire : 1,83 €/h	ils habitent la même maison avec 1 locataire : 1,69 €/h Ils n'habitent pas ma même maison que le locataire : 1,83 €/h	n. p. .
COCOM- CPAS 2	3,15 €/h	n. p.	0,25 €/h
	La situation financière des intéressés est peu claire. Ils perçoivent moins le RI (pension + revenu de location). Une enquête approfondie par le service social du CPAS est indispensable. En attendant, nous mettons une aide à domicile en place à prix réduit		
VG	6,76 €/h	3,66 €/h	3,31 €/h
COCOF	0,71 €/h	0,71 €/h	0,71 €/h

Cas 3

Femme, 64 ans - marié - fils adulte cohabitant - dépendance forte BEL +35 / handicap +70% frais médicaux: 1.200/a - revenus femme: non - revenus homme: pension 15.600/an - revenus fils: 12.000/an - propriétaire, RC: 2.455 (maison propre)

	4h. aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	7,39 €/h	7,39 €/h
COCOM- CPAS 2	6,29 €/h	7,39 €/h
VG	9,98 €/h	4,08 €/h
COCOF	1,84 €/h	1,84 €/h

Cas 4

Homme, 76 ans - marié - frère cohabitant - revenus homme: pension 11.320/an, femme : pension 8.900/an, frère: pension 13.000/an - propriétaire, RC: 2.300 (maison propre)

	4h. aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	7,39 €/h	7,39 €/h
COCOM- CPAS 2	6,29 €/h	7,39 €/h
	Le niveau de dépendance n'est pas défini ... sont-ils dans la mesure de subvenir eux-même à leur besoins? Problèmes de santé? Vu leur revenus élevés, ne devrait-il pas être diriger vers les titres services?	
VG	17,5 €/h	14,28 €/h
COCOF	7,41 €/h	7,41 €/h

Cas 5

Femme, 50 ans - divorcée - 2 enfants à charge - psychologiquement labile - revenu : CPAS et pension alimentaire: 400/m - Logement social: 550 EUR/mois

	4h. aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	1,93 €/h	1,93 €/h
COCOM - CPAS 2	3,15 €/h	2,18 €/h
VG	6,76 €/h	5,04 €/h
COCOF	0,71 €/h	0,71 €/h
	Si revenu CPAS = 1000 €	

Cas 6

Femme, 35 ans - célibataire - 1 enfant à charge - dépendance forte - BEL +35 / handicap +70% - propriétaire, RC: 554 (maison propre) - emprunt hypothécaire: 7.200/an

	4h. aide ménagère /sem.	2h. aide familiale / sem.
COCOM - CPAS 1	4,61 €/h	4,61 €/h
COCOM - CPAS 2	6,29 €/h	7,39 €/h
	Nous facturons l'aide au prix maximum vu que nous ne sommes pas en possession des ressources de l'intéressée. La contribution financière sera revue des que nous sommes en possession d'une preuve de ses ressources	
VG	6,45 €/h	3,76 €/h
COCOF	6,29 €/h	6,29 €/h

Cas 7

Homme, 47 ans - marié - 5 enfants à charge - incapacité de travail - ievenu homme: indemnité 14.400/a - revenu femme : salaire 15.600/an - location: 700/m

	4h. aide ménagère /semaine	2h. aide familiale/semaine
COCOM - CPAS 1	7,39 €/h	7,39 €/h
COCOM - CPAS 2	6,29 €/h	7,39 €/h
VG	10,28 €/h	8,30 €/h
COCOF	3,70 €/h	3,70 €/h

3. Quelques constats frappants

1. La contribution de l'utilisateur pour l'aide ménagère est dans tous les cas la plus élevée lorsque l'on a recours aux services de la Communauté flamande, avec des pointes allant jusqu'à 17,5 EUR/heure pour l'aide ménagère. La contribution de l'utilisateur pour l'aide aux familles est, dans 5 des 7 cas, la plus élevée lorsque l'on a recours aux services de la Communauté flamande, en l'espèce Familiehulp, avec des pointes jusqu'à 14,28 EUR/heure pour l'aide aux familles.
2. A l'inverse, la contribution de l'utilisateur pour l'aide aux familles et l'aide ménagère dans la COCOF est la moins élevées dans 5 cas sur 7. En fonction de la situation, la contribution varie entre 0,71 EUR/heure à 7,41 EUR/heure maximum.
3. Pour un même cas, la plus grande différence pour un même type de prestation se situe entre 0,71 EUR/heure (COCOF) et 6,76 EUR/heure (VG), soit une différence de plus de 6 EUR/heure.
4. Le tarif le plus avantageux se situe entre 0,25 EUR/heure (CCC), 0,71 EUR/heure (COCOF) et 3,31 EUR/heure (VG) pour un même cas, concernant une personne nécessitant une aide aux familles très intensive. Au sein de la COCOF, le nombre d'heures d'aide aux familles n'intervient pas du tout.
5. Dans de nombreux cas, il est financièrement plus avantageux pour l'utilisateur d'utiliser les titres-services, fiscalement déductibles, pour l'aide ménagère.
6. Au sein de la Communauté flamande, la contribution de l'utilisateur pour l'aide aux familles est moins élevée que celle pour l'aide ménagère. Au CPAS 2, c'est l'inverse dans certains cas : l'aide aux familles coûte plus cher. Le CPAS 1 et la COCOF ne font aucune distinction dans ce domaine.
7. Nous observons également de grandes différences de tarification en fonction du domicile. Entre les deux CPAS interrogés, dont les services sont reconnus par la CCC, les tarifs varient pour un même cas entre 4,61EUR/heure et 7,39 EUR/heure.

Partie 5 : Formulation des recommandations

1. Contexte des soins de santé pour personnes âgées à Bruxelles

1.1 Contexte démographique : forte augmentation du nombre de personnes âgées

Bruxelles a longtemps présenté la structure par âge la plus vieille des trois régions. Étant donné le rajeunissement systématique de la région et, surtout, le vieillissement plus rapide du reste du pays, ce rapport entre régions s'est cependant inversé depuis les années 2000, Bruxelles étant désormais la région la plus jeune et se caractérisant par une proportion déclinante de personnes âgées et un nombre croissant de jeunes par rapport à l'ensemble de la population bruxelloise. En 2010, Bruxelles comptait environ 152.000 habitants âgés de plus de 65 ans sur un total de 1.090.000 habitants. Les seniors représentent 14 % de la population bruxelloise. Par contre, la Région de Bruxelles-Capitale est aussi la région présentant le taux de vieillissement le plus élevé. La proportion des plus de 80 ans par rapport à l'ensemble de la population des personnes âgées est de 1 sur 3. Ce groupe est constitué de 50.000 personnes dont le risque de vulnérabilité et de dépendance aux soins est très élevé. La majeure partie des personnes vit chez elles jusqu'à l'âge de 80 ans et en bonne santé. De nombreuses personnes âgées souffrent relativement peu de limitations des activités quotidiennes. A partir de l'âge de 85 ans, le nombre de personnes âgées hébergées dans une structure résidentielle augmente très rapidement et passe de 25 % (groupe d'âge jusqu'à 89 ans) à 45 % (entre 90 et 95 ans) et à 80 % des personnes âgées de plus de 95 ans.

Depuis 2012, les données indiquent une augmentation réelle du nombre de personnes âgées, qui va continuer à croître chaque année selon les perspectives de population du Bureau fédéral du Plan. Lorsque nous tenons compte des chiffres absolus, nous constatons que les plus de 60 ans présentent une augmentation quasi constante d'environ 200 000 en 2010 à environ 290 000 en 2040, soit une augmentation de 43,5%. Cette proportion croissante de personnes âgées donne une indication sur les besoins de structures concrets. Une atténuation du nombre de personnes âgées n'implique en effet pas nécessairement une diminution des besoins de structures. Toutes communes confondues, nous constatons de fortes différences dans l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les communes dans lesquelles vivent moins de personnes âgées (et aussi avec moins de dispositifs) connaîtront la plus forte augmentation dans les années à venir.

Notre société fait face à l'immense défi consistant à assurer, à l'avenir, des soins de qualité au nombre croissant de personnes âgées. Afin de pouvoir répondre à cette demande, il faut trouver des auteurs d'initiatives, du personnel, des moyens financiers et de l'espace permettant de réaliser des offres de services de soins à domicile. Idéalement, ces services ad hoc doivent être

mis en œuvre non seulement via les maisons de repos²⁵⁷, ou centres de services de soins et de logement classiques, mais aussi en combinant une offre diversifiée en matière de typologie de logements (à petite échelle) et un éventail de modalités de soutien et de soins (à domicile).

1.2 Veiller à la diversité

D'autres évolutions telles que la diversité croissante et la dualisation potentielle de la population âgée sont également, à Bruxelles plus qu'ailleurs encore, une source de préoccupation. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2007) a calculé que les seniors ayant d'autres antécédents culturels représentent désormais un tiers de la population âgée à Bruxelles²⁵⁸. Selon les prévisions, cette proportion devrait continuer à augmenter jusqu'en 2020 et atteindre environ la moitié de la population âgée à Bruxelles. Il s'agit en grande partie d'un groupe de personnes âgées peu scolarisées et vulnérables qui restent beaucoup trop peu familiarisées avec notre système de soins.

A l'heure actuelle, aucune réglementation ne tient compte du problème de la diversité. Il faut aussi une **attention structurelle pour la diversité**. C'est réalisable **au niveau de l'utilisateur** et il faut voir de quelle manière l'organisation/dispositifs des soins réagit à cet égard. Cela implique donc que les soins soient organisés différemment en se substituant au client. Les repas halal en maison de repos sont un exemple concret parmi d'autres. Mais cela ne concerne bien entendu qu'un groupe bien déterminé. Un autre groupe d'allochtones ne le demande pas, mais souhaite peut-être autre chose. La question qui se pose inévitablement à ce moment-là est de savoir si nous devons prévoir des dispositifs et des organisations ethno-culturels ? Faut-il construire des maisons de repos spécifiques ? La question doit être posée dans un contexte plus large : s'orientent-elles vers une politique des soins par catégorie ou vers une politique inclusive ? Va-t-on organiser les soins en fonction du groupe cible ou organise-t-on les soins en restant attentifs aux spécificités et au vécu culturel différent ?

En ce qui concerne **le niveau des dispositifs de soins**, la diversité pourra s'exprimer au niveau de l'établissement. A l'heure actuelle, tous les services, les couloirs et les chambres se ressemblent. On peut se poser la question de savoir si on peut évoluer vers un établissement de soins avec un étage avec flats services, un étage réservé aux formes de logement alternatives, un étage pour personnes fortement dépendantes, de nouvelles formes d'habitat collectif avec soins, etc.

On peut aussi favoriser la diversité au **niveau du personnel**. Nous reviendrons sur cet aspect dans le chapitre 'enseignement, formation et emploi'.

²⁵⁷ 'Rusthuizen' wordt hier gebruikt als algemene gangbare term voor de collectieve woonvormen voor ouderen (ROB en RVT). Wanneer we het hebben over de specifieke Vlaamse rusthuizen wordt de term 'woonzorgcentrum' gebruikt, zoals thans opgenomen in het Vlaamse Decreet van 2009.

²⁵⁸ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

1.3 Vulnérabilité financière et accessibilité des frais

Outre le nombre absolu de personnes âgées, la proportion de personnes âgées à très faibles revenus est également en augmentation. En 2010, 9 % des plus de 65 ans recevaient un « revenu garanti aux personnes âgées ». 22,1% des personnes âgées ont des revenus mensuels de moins de 1000 euros. À Bruxelles, une personne âgée de plus de 75 ans sur neuf déclare qu'elle reporte certaines dépenses de santé en raison de difficultés financières (par rapport à la moyenne belge de 3,9 %) ²⁵⁹. Plus de 15 % jugent les soins à domicile inabornables. Or, les personnes de statut socioéconomique faible souffrent plus tôt et plus souvent de problèmes de santé et de limitations fonctionnelles et présentent dès lors une probabilité plus élevée de recourir à un service de soins à domicile.

En ce qui concerne l'accessibilité des services, deux **exercices** ont été effectués dans le cadre de la présente étude : (1) les coûts des soins à domicile et des soins résidentiels ; (2) la contribution de l'utilisateur dans les soins de santé.

La première étude a examiné le prix de revient de 'vivre chez soi avec soins' et vivre dans une maison de repos. Les analyses ont fait apparaître clairement que continuer à vivre chez soi pour des personnes dépendantes et qui 'achètent' donc les soins, devient très rapidement une charge financière élevée pour le client ²⁶⁰. Principalement les personnes isolées et les locataires sur le marché privé ont des difficultés à rester chez elles. Toutefois, les propriétaires et les locataires qui occupent en couple un logement social arrivent avec peine à boucler les fins de mois. La deuxième étude sur la participation financière de l'utilisateur dans les soins à domicile révèle de grandes inégalités : les charges pour les utilisateurs de soins varient fortement en fonction de l'autorité subsidiaire et de l'endroit où on habite. Dans de nombreux cas, il est financièrement plus intéressant pour l'utilisateur d'utiliser les titres services fiscalement déductibles pour le nettoyage.

Il existe un risque réel lié à la croissance – outre les personnes âgées qui peuvent formuler leurs desiderata – d'un groupe de personnes âgées vulnérables, qui vont prendre progressivement la place des personnes âgées « classiques » et – devront – se satisfaire des structures meilleur marché traditionnelles. L'un des défis majeurs dans le domaine des soins aux personnes âgées consiste indéniablement à garantir une offre de soins et de services physiquement et financièrement accessibles. À l'heure actuelle, les régions les plus favorisées ont une offre beaucoup plus large par exemple en matière de maison de repos et de centres de soins de jour. Des quartiers plus défavorisés à Bruxelles offrent beaucoup moins souvent de telles possibilités. Des soins de qualité deviendraient ainsi le privilège de ceux qui sont disposés à payer et ont aussi la possibilité de payer de tels services.

Il s'agit donc de préconiser une politique visant à investir là où vivent les personnes âgées les plus défavorisées et vulnérables sur le plan financier.

²⁵⁹ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (redactie), (2010). *Gezondheidsindicatoren 2010*, geraadpleegd op: http://www.observatbru.be/documents/graphics/tableaux-de-bord-de-la-sante-2010/gezondheidsindicatoren_van_het_brussels_gewest_2010.pdf

²⁶⁰ Cela s'applique au cas tels que les soins à domicile sont organisés aujourd'hui et en comparaison avec les prix des maisons de repos.

1.4 Contexte institutionnel des soins aux personnes âgées à Bruxelles : nécessité d'une collaboration

Bruxelles se caractérise par la complexité de sa réglementation et compte plusieurs autorités compétentes pour les soins aux personnes âgées et à domicile. Les trois autorités principales sont la Commission communautaire française (COCOF), la Commission communautaire commune (COCOM) et la Communauté flamande (VG). Chacune de ces communautés se caractérise par une réglementation, une programmation et un financement spécifiques. Même l'âge auquel une personne est considérée comme âgée diffère : 65 ans pour la VG et 60 ans pour la COCOM et la COCOF. Les services et structures respectivement élaborés pour les personnes âgées par les autorités néerlandophones et francophones ne sont pas analogues et se fondent sur des principes de base distincts. La VG vise principalement un développement régional de différents modes de travail ; la COCOM se base plutôt sur un ancrage local des services ; et la COCOF privilégie une approche intégrée. La COCOM et la COCOF se complètent et la collaboration entre ces deux communautés se déroule de façon positive. La CCC et la COCOF ne sont pas sur le même diapason que les organisations Flamandes reconnues. Étant donné le morcellement, la complexité et le fait que toutes les formes de soins ne sont pas développées comme il se doit, le continuum des soins et la garantie des soins aux personnes âgées ne sont pas systématiquement assurés.

Dans cette optique, une recommandation importante s'impose en matière de **collaboration**. Idéalement, il faudrait tendre vers une adéquation maximale avec maintien de la spécificité. Une première étape serait d'être informé des politiques respectives et des plans futurs. Il est opportun de continuer à explorer la complémentarité entre les services et les autorités afin de mieux les développer. En outre, il ne faut pas perdre de vue que l'autorité fédérale est également responsable de certains composants des soins : nous pensons ici aux responsabilités de l'INAMI pour les médecins traitants, les infirmiers à domicile, les cercles des généralistes, etc.

Les groupes focus ont donc lancé plusieurs appels afin de tenter de réaliser une **programmation concertée**. Ensemble on peut tendre de manière plus efficace vers un équilibre géographique, basé sur une vision commune et un certain nombre de critères objectifs : le nombre de personnes âgées, le nombre de personnes vulnérables, la diversité linguistique, les profils de soins diversifiés, la diversité culturelle, etc. En outre, il faut également tendre vers une **concertation sur la réglementation** : définir une politique en concertation avec les différentes autorités à différents niveaux (fédéral, communauté, local). Dans les réglementations futures, il serait par exemple judicieux pour la Flandre, là où c'est opportun, de prévoir toujours un **volet bruxellois spécifique**, un chapitre sur Bruxelles, tenant compte des réalités et des spécificités bruxelloises et flamandes.

Un composant important dans l'étude a été la collecte des chiffres (tant la programmation que la réalisation). Au fil du processus de recherche, l'obtention des 'données dures' était loin d'être évidente, principalement en raison de l'absence d'un enregistrement digital systématique (uniforme), voire même un enregistrement digital, toutes administrations compétentes confondues, des différentes régions et des instances exécutives du secteur. L'absence d'un tel **système uniforme et validé d'enregistrement digital** utilisé systématiquement par les

différents services et autorités du secteur bruxellois (personnes âgées) est une conclusion importante et un constat négatif. Sous le slogan ‘mesurer c’est savoir’ et l’importance de la ‘evidence balanced policy’, un tel enregistrement central fait l’objet d’une recommandation concrète. Cela va d’ailleurs bien plus loin qu’une simple collecte des données. Des instruments de mesure communs sont également nécessaires dans ce contexte.

Une dernière recommandation a trait à la garantie linguistique. Des initiatives liées à une commune et/ou des services du CPAS doivent être bilingues et ne le sont pas toujours dans la pratique. Une proposition éventuelle serait de prévoir la **garantie linguistique** comme **critère d’agrément**.

2. Logements abordables et adaptés

Comme nous l’avons déjà évoqué à plusieurs reprises, les personnes âgées préfèrent continuer à vivre dans leur environnement familial et dans leur quartier, un souhait étroitement associé à la philosophie du «*ageing in place* (vieillir chez soi) », soit la possibilité de vivre de façon autonome et confortable chez soi et dans un environnement sûr, indépendamment de l’âge ou des revenus. Si nous voulons maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible chez elles, il importe de tenir compte du fait que des soins de qualité commencent par un logement de qualité. Dans le cadre de la politique des soins, il serait donc intéressant d’avoir plus d’attention pour le logement.

Une politique du logement avec une vision à long terme est nécessaire afin de maintenir les personnes âgées plus longtemps chez elles dans la Région de Bruxelles – Capitale. Une politique du logement social ainsi qu’une politique de développement de l’habitat adapté aux personnes âgées (et personnes handicapées) ne sont pas un luxe superflu. Une politique adaptée aura aussi un impact sur l’Aménagement du territoire, les plans régionaux d’affectation du sol, les plans particuliers d’affectation, les permis de lotir... Si nous souhaitons une politique des soins élargie, il faudra aussi développer l’aspect de l’habitat adapté. Habitat, bien-être et soins sont souvent étroitement liés. Ils ont chacun des conséquences sur les autres domaines. Il serait intéressant de réaliser une collaboration en matière de réglementation et entre les administrations.

2.1 Adaptation du logement

De nombreuses habitations sont de mauvaise qualité et ne sont pas adaptées aux personnes âgées:

- Des escaliers pour accéder au logement
- Des escaliers dans l’habitation
- Pas de chauffage central
- Pas de toilettes dans l’habitation

- Pas de bain ou de douche dans l'habitation
- L'habitation n'est pas protégée contre les effractions

La présence des escaliers dans une habitation, l'utilisation des escaliers dans l'habitation et la vulnérabilité face aux effractions sont des aspects essentiels parce qu'ils constituent un obstacle à la mobilité et à la sécurité à un âge plus avancé. Des problèmes de santé, une mobilité réduite associés à des logements mal adaptés peuvent ainsi augmenter la fréquence des chutes des personnes âgées. Une étude internationale a fait apparaître que des chutes dans un logement augmentent le risque de devoir déménager jusqu'à 50%²⁶¹. Ces problèmes sont présents tant chez des propriétaires que des locataires²⁶². Pour certaines personnes âgées, l'absence d'équipements de base comme des toilettes dans l'habitation, bain ou douche sont des obstacles importants.

D'après une étude sur les besoins des personnes âgées à Bruxelles, la moitié environ des Bruxellois plus âgés sont propriétaires de leur habitation²⁶³. La plupart des habitations de propriétaires se situent dans les communes riches de Bruxelles. De nombreuses personnes continuent à y vivre après le départ des enfants adultes. Les habitations sont sous-occupées, les personnes âgées trouvent leur logement trop grand et inadapté à leurs besoins mais ne sont pas en mesure de l'adapter en raison de problèmes financiers. En outre, elles occupent un espace précieux qui pourrait être mieux utilisé par des jeunes ménages ou des familles plus nombreuses alors que la pression est très forte sur le marché immobilier bruxellois.

Ce phénomène se manifeste aussi dans le domaine du logement social. Bruxelles compte 38.000 logements sociaux, soit 8 % à peine du marché du logement, qui accueillent environ 10 % des seniors bruxellois. Les logements sociaux datent essentiellement de la période précédant les années nonante. Depuis ce moment, les investissements ont diminué considérablement, tandis que la demande de logements abordables à Bruxelles n'a fait qu'augmenter et que plus de 35.000 ménages sont à présent sur la liste d'attente. Un élément notable tient au vieillissement parallèle des immeubles et de leurs occupants. Nombre de logements sont encore occupés par des personnes qui y ont emménagé il y a plusieurs années. La société de logement social à Bruxelles a calculé que plus de 40 % des occupants de logements sociaux seraient âgés de plus de 60 ans fin 2009²⁶⁴. Or, il s'agit souvent d'appartements et de complexes d'immeubles qui ne conviennent plus aux besoins de logement de ces personnes.

Il y a donc du boulot pour les sociétés de logements sociaux. De nombreux logements sociaux ne sont pas adaptés aux personnes âgées. En outre, de nombreuses personnes âgées occupent un logement social trop grand mais elles ne veulent pas déménager (notamment pour des raisons financières). Il y a donc un réel besoin en **logements sociaux durables**, adaptés aux besoins des personnes âgées. La limite entre habitat et bien-être est très réduite. D'une part, le secteur du logement social devrait réagir plus rapidement aux demandes par une offre de logements adaptés et, d'autre part, les locataires sociaux ont souvent besoin d'aide et de soins.

²⁶¹ Stoeckel, K. J., & Porell, F. (2010). Do Older Adults Anticipate Relocating? The Relationship Between Housing Relocation Expectations and Falls. *Journal of Applied Gerontology*, 29(2), 231–250

²⁶² De Witte, N. et al. (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Brugge: Vanden Broele.

²⁶³ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

²⁶⁴ Consulté sur <http://www.slr.b.irisnet.be/site12/slrb/documentatie/statistiek/statistiek-nl/statistiek-inlichtingen-31-12-2009/view>

Enfin, un tiers des personnes âgées en sont réduites à trouver un logement sur le marché locatif privé. La charge locative mensuelle pèse lourdement sur le budget souvent limité du ménage et laisse peu de marge pour des frais complémentaires. De toute évidence, il n'est pas non plus évident de procéder à des aménagements dans un logement loué.

Il y a lieu d'accomplir des efforts complémentaires en ce qui concerne l'adaptation des logements et les nouvelles formes d'habitat, afin de concilier l'aspiration à une autonomie accrue dans des conditions de qualité et le besoin profond de continuer à vivre dans son propre logement et environnement, et ce, même lorsque les personnes deviennent dépendantes de soins. Le confort du logement et la mesure dans laquelle un logement s'avère adapté conditionnent aussi les possibilités de maintien de la personne âgée à domicile. Les caractéristiques de logement – occupation d'un logement en tant que propriétaire, locataire privé, logement social – influencent la propension à agir sur les conditions de logement ainsi que les possibilités pratiques à cet égard. Ni les communes, ni la Région n'octroient de prime pour l'aménagement des logements.

Or, un logement sûr et adapté permettrait de prévenir de nombreux problèmes et constitue une condition essentielle pour le développement ultérieur de soins à domicile en guise de substituts à une admission prématurée dans une maison de repos. On pourrait donc stimuler l'adaptation des logements par des primes à l'adaptation et aussi par un **service qui intervient dans de nombreuses situations de logements insalubres** souvent dénoncées par les prestataires de soins. Afin de coordonner les choses, on pourrait réfléchir à la nécessité de créer un **Point d'Appui Bruxellois pour l'adaptation du Logement en collaboration avec les communautés**.

2.2 Mobilité résidentielle

De nombreuses raisons peuvent être la cause du déménagement des personnes âgées. Un environnement plus agréable est souvent invoqué comme raison. Ce sont aussi souvent les personnes âgées plus jeunes des classes de revenus plus élevées qui déménagent pour cette raison. Des personnes âgées plus jeunes et plus aisées ont plus de possibilités de choix de déménager et peuvent choisir plus librement. Les personnes plus âgées déménagent bien souvent pour des problèmes de santé et surtout à Bruxelles des problèmes de logement. Dans ce groupe, les personnes n'ont bien souvent pas de partenaire, elles ont moins de moyens et moins de possibilités d'adapter leur logement et donc moins de latitude dans le choix d'un nouveau logement.

D'un point de vue général, nous pouvons affirmer que l'envie de déménager est assez faible. Les personnes âgées sont peu enclines à modifier leur situation en matière de logement. La majorité souhaite continuer à vivre dans des conditions identiques et seule une minorité envisage positivement un déménagement dans une structure résidentielle.

En résumé, il y a pas mal de choses à faire en matière de sécurité et de logement adapté pour personnes âgées. La **sensibilisation** est une première étape importante dans ce contexte. Les

personnes âgées devraient être encouragées à dialoguer sur ce sujet et de préférence le plus rapidement possible. Nous constatons que les personnes âgées attendent jusqu'à que cela n'aille vraiment plus. Elles pensent 'nous vivons ainsi depuis si longtemps, cela ira encore un certain temps' et reportent les décisions. Lorsque les besoins se font vraiment ressentir, les possibilités de choix sont très limitées. On peut aussi sensibiliser les **architectes** : une réflexion age-friendly²⁶⁵ est à cet égard une piste intéressante comme fil rouge dans la conception des plans. La construction et la rénovation durables sont considérées comme des marchés porteurs, mais sont surtout proposées à des personnes de plus de 50 ans et de plus de 60 ans. Peu de jeunes constructeurs y pensent spontanément. La construction durable frappe plus l'imagination alors que la vision sous-jacente est la même : une réflexion sur le long terme, une construction responsable, la réutilisation par plusieurs générations ainsi que la flexibilité.

Outre la sensibilisation, l'aide financière peut aussi donner le petit coup de pouce nécessaire. Pour l'instant, il n'existe pas encore de **prime au déménagement**, un aspect qui pourrait être un incitant important. Nous voulons aussi insister sur la nécessité d'une **aide dans l'exécution pratique d'un déménagement**. Les personnes plus âgées n'arrivent pas à surmonter les difficultés pratiques qu'entraîne un déménagement. Un appui et un accompagnement de A à Z peuvent avoir un effet motivant.

L'autonomie des personnes âgées reste un aspect important dans l'histoire de l'adaptation du logement ou la stimulation à la mobilité du logement. Nous ne pouvons pas démarrer sur la base d'un discours négatif comme 'devoir quitter son logement' mais plutôt envisager un message tournant autour du maintien de l'autonomie.

3. Environnement stimulant

3.1 Importance d'un quartier accessible et amies des aînés

Un logement adapté a peu de sens sans un quartier adapté. Lorsque des personnes âgées vivent dans un logement adapté mais dans un quartier inadapté, les personnes âgées restent prisonnières d'une cage dorée pour reprendre les paroles de Royers²⁶⁶. Des soins efficaces restent attentifs à un environnement de l'habitat stimulant et accessible. **C'est surtout important pour les personnes âgées.**

Les personnes âgées ont en effet une attache territoriale plus prononcée et accordent beaucoup d'importance à leur voisinage et aux contacts avec les personnes de leur quartier. Le vieillissement physique, la perte de mobilité et le manque d'activation sociale se traduisent par une diminution de leur rayon d'action et une concentration accrue de leur existence sur leur

²⁶⁵ WHO [World Health Organization] (2007). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organization.

²⁶⁶ Royers, T. (2007). *Een uitnodigende leefomgeving voor ouderen*. Consulté le 14 novembre sur http://www.vilans.nl/Site_Webwinkel/docs/PDF/Literatuurstudie.pdf.

environnement proche et leur quartier. Par conséquent, l'importance du quartier aura tendance à croître proportionnellement au poids de ces facteurs. Un environnement sûr et agréable figure donc en tête de la liste de desiderata des personnes âgées et précède les préoccupations liées au bien-être et à la qualité des soins.

La mobilité, qu'elle soit liée aux soins ou aux loisirs, constitue un écueil majeur pour nombre de personnes âgées à Bruxelles : transports en communs moins développés dans certains quartiers, sentiment d'insécurité plus prononcé chez les personnes âgées, offre insuffisante de transport pour personnes à mobilité réduite, taxi trop onéreux pour beaucoup d'entre elles. Les déplacements locaux sont par ailleurs largement découragés, chez les personnes âgées et handicapées, par l'état des trottoirs, qui laisse souvent à désirer, les voitures défilant à toute allure et l'impatience des automobilistes. Les trottoirs de Bruxelles sont d'ailleurs l'une des infrastructures communautaires dont se plaignent nombre de personnes âgées.

Les problèmes de mobilité influencent considérablement l'attractivité des professions de soins de santé à Bruxelles. Ce constat et cette préoccupation touchent tous les groupes professionnels : allant de l'aide ménagère aux infirmières à domicile, kinésithérapeutes et médecins généralistes. Cette situation peut fortement hypothéquer le développement futur des soins à domicile à Bruxelles si on n'intervient pas au niveau du modèle d'organisation.

Lorsque les personnes ne peuvent ou n'osent plus sortir de chez elles, le danger **d'isolement** n'est jamais loin. L'isolement à Bruxelles est généralement cité par des personnes sur le terrain comme l'un des problèmes majeurs chez les personnes âgées. Les contacts sociaux constituent un facteur déterminant pour le maintien de l'autonomie. Les enfants qui vivent loin, les membres de la famille et les amis que l'on a perdus de vue, les problèmes et autres troubles physiques, le sentiment d'insécurité incitant les personnes âgées à rester chez elles, etc., sont autant d'éléments entraînant un effritement systématique du réseau social. Pour nouer de nouveaux contacts, il importe de faire preuve de confiance en soi et d'audace. Les personnes âgées n'ont souvent plus le courage ou l'énergie de s'investir dans ces relations.

3.2 Approche des soins par quartier

De nombreuses données de l'étude insistent sur l'importance d'une **approche par quartier des soins aux personnes âgées**. Dans la littérature étrangère, plusieurs auteurs et autorités insistent sur la nécessité des soins par quartier. Ce choix pour les soins par quartier est incontestablement lié au discours sur 'l'activation sociale des soins' qui se développe de plus en plus chez nous aussi. Les deux sont axés sur la participation sociétale et la possibilité pour les personnes âgées et les personnes dépendantes de pouvoir fonctionner de façon autonome. L'activation sociale signifie que le plus grand nombre possible de personnes reçoivent des soins de leur réseau social dans leur environnement familial. La cohésion sociale et l'inclusion sociale sont des objectifs importants dans ce cadre. L'étude révèle que Bruxelles dispose de plusieurs opportunités. L'implication élevée dans le quartier et les relations fortes de soutien entre voisins peuvent être utilisées pour développer et réaliser de nouveaux projets dans le cadre de l'activation sociale des soins. Une idée très concrète lancée à cet effet est de créer une espèce de

'concierges de quartier'. Aux Pays-Bas, on connaît déjà le modèle des concierges de quartier volontaires (souvent des seniors) qui s'occupent des personnes âgées les plus vulnérables.

Aux Pays-Bas, Belderok (2007)²⁶⁷ défend avec ardeur la notion de quartier en tant que lieu de vie où les personnes âgées sont « les acteurs conscients, confiants et autonomes de leur propre existence ». Les défis liés aux soins aux personnes âgées sont comparables à ceux du travail de proximité et doivent se concentrer sur quatre priorités (Belderok, 2007) : visite sociale à domicile permettant d'identifier les problèmes latents ; gestion sociale de l'espace public ; « empowerment » via un éventail d'activités sociales dans le quartier ; implication de volontaires en tant que modèles et sources d'inspiration et différenciation du marché du logement afin d'assurer des quartiers mixtes²⁶⁸.

Un des groupes focus a fait la suggestion que **les contrats de quartier** peuvent dans ce cas agir comme levier. Une possibilité consiste à faire figurer dans chaque contrat de quartier un volet sur les soins aux personnes âgées et les formes alternatives d'habitat pour ce groupe cible.

3.3 Enclencher des volontaires

Nous adhérons à ce modèle de soins aux personnes âgées qui accorde un rôle majeur au bénévolat ainsi qu'au travail et aux soins de proximité. Nous disposons d'un atout important grâce aux maisons de quartier existantes, aux centres de services locaux et aux centres de quartier. Ces lieux d'information et de rencontre identifiables et à la portée de tous peuvent constituer une assise idéale. Les personnes âgées, mais aussi d'autres personnes qui commencent à avoir besoin de soins, peuvent s'adresser à ces centres pour (des informations sur) des services, des activités de loisir, des repas chauds, des formations, etc. Ces activités peuvent progressivement aboutir à la mise en place de points de contact centraux pour les personnes âgées et les dispensateurs de soins du quartier et jouer un rôle essentiel en matière d'information, de soutien et de coordination des soins pour les personnes âgées et leurs aidants proches. Des centres de services et des centres de proximité peuvent se renforcer à ce niveau.

Un environnement sûr favorise aussi l'activation sociale. Il importe que les personnes âgées, les enfants, etc. osent sortir sans problème, ce qui libère aussi davantage d'espace pour les contacts sociaux. L'intervention de personnes âgées en tant que bénévoles peut stimuler dans une large mesure leur activation sociale et leur « empowerment ». Hustinx (2011)²⁶⁹ ne qualifie pas sans raison le bénévolat comme un « remède miracle ». Un engagement en tant que volontaire permet de donner une image positive de soi, de lutter contre l'isolement, de stimuler la santé et la condition physique, etc. Le bénévolat représente le moyen par excellence de favoriser l'intégration sociale. Le sentiment d'avoir une utilité et de faire partie d'un groupe peut également aider les personnes vulnérables à reprendre le contrôle de leur existence.

²⁶⁷ Belderok J. (2007). *Vitaal en kwetsbaar grijs, kwetsbare ouderen in een vitale-buurt*. Amsterdam: SWP

²⁶⁸ Belderok J. (2007). *Vitaal en kwetsbaar grijs, kwetsbare ouderen in een vitale-buurt*. Amsterdam: SWP

²⁶⁹ Hustinx L. (2011). *De betekenis van vrijwilligerswerk voor kwetsbare ouderen*, Gent, UGent, presentatie op studiedag CERA 'Samen Zorg Dragen Voor Elkaar'.

Cela vaut aussi pour les personnes âgées. A Bruxelles, les personnes âgées sont moins souvent volontaires qu'en moyenne en Flandre (pas de base de comparaison pour la Wallonie). D'autre part, le potentiel de recrutement est nettement plus élevé à Bruxelles : 28,4% des personnes âgées bruxelloises qui n'accomplissent pas encore un travail de volontaire pour l'instant, souhaitent peut-être le faire dans les prochaines années²⁷⁰. Insister sur le bénévolat est très certainement une piste intéressante.

Des centres et services de proximité peuvent jouer un rôle essentiel dans ce processus. Mieux encore, le développement du bénévolat pourrait être le fil rouge de leur fonctionnement : détecter, recruter, former, motiver et accompagner des volontaires dans le cadre d'un bénévolat adapté.

3.4 Détection et orientation des soins

Il convient toutefois de ne pas idéaliser ce tableau. Liliane Linders (2010)²⁷¹ signale notamment qu'une cohésion sociale accrue dans le quartier n'entraîne pas une augmentation des soins informels. Les personnes âgées restent très attachées à leur intimité et ne montrent pas volontiers leur vulnérabilité à leurs voisins. Le seuil poussant les personnes à demander de l'aide est très élevé, voire extrême dans certains cas. Selon Mme Linders, certains seraient parfois littéralement prêts à mourir, plutôt que de demander de l'aide. Inversement, d'autres personnes seraient disposées à prêter assistance, mais ne veulent pas s'imposer. Cette double réticence, à demander ou à proposer de l'aide, constitue indéniablement une combinaison néfaste pour la mise en œuvre de soins informels. Les personnes âgées socialement isolées adoptent un mode de survie, où elles ne souhaitent représenter une charge pour personne et ont tendance à éviter de demander de l'aide. Toute personne extérieure devra alors faire le premier pas afin de (re)gagner leur confiance. On ne peut escompter que les personnes de ce groupe accomplissent elles-mêmes cette démarche et se rendent dans un centre de services ou d'activités. Le travail sur le terrain et la détection active des besoins s'avèrent indispensables à cet égard. Dès qu'ils ont été détectés, on peut les orienter vers **des soins et une assistance adaptés**. En Flandre par ex. on envisage la possibilité d'équiper l'outil BEL-RAI²⁷² d'un prémodule permettant de procéder à l'identification des besoins en soins.

4. Soins à domicile accessible

Idéalement, un « continuum de soins » caractérisé par une transition progressive entre les différentes formes de logement et de soins doit être assuré, le soutien et l'encadrement professionnels étant alors inversement proportionnels au degré d'autonomie de l'occupant. Des études antérieures montrent cependant que cette évolution « idéale » n'a pas été atteinte dans

²⁷⁰ Dury, S., Verté, D., De Witte, N., Buffel, T. and De Donder, L. 2009. *Rapport van het ouderenbehoefteonderzoek Brussel: Monitor voor de stad en al zijn inwoners*. Brussels: City of Brussels.

²⁷¹ Linders L. (2010). Meer buurtcohesie bevordert echt geen burenhulp. *Tijdschrift voor sociale vraagstukken*, 5, 8-11.

²⁷² BEL-RAI est un outil international permettant de cartographier les besoins en soins du demandeur de soins. Plus d'info sur <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html>

de nombreux cas dans le contexte bruxellois et que l'optimisation du soutien potentiel et disponible est pour l'instant négligée. La personne âgée qui n'est plus en mesure de vivre chez elle finit en règle générale par être définitivement admise dans une structure résidentielle (MRPA, MRS), le plus souvent après une intensification des problèmes à domicile et un ou plusieurs séjours à l'hôpital. L'importance d'une offre de soins bien développée en tant que complément ou substitut aux soins résidentiels ne pourra jamais être suffisamment soulignée. Une offre de soins à domicile bien développée, reposant sur le concept des « soins sur mesure » et le principe consistant à privilégier la forme de soins la moins intrusive, constitue un pilier essentiel des soins aux personnes âgées.

4.1 L'offre des soins à domicile

Certaines personnes âgées ont absolument besoin d'une aide pour l'accomplissement de différentes tâches quotidiennes (lessiver, repasser, raccommoder les vêtements, faire le lit, nettoyer, etc.). Les services d'aide aux familles et de soins à domicile complémentaires peuvent représenter un soutien important pour les prestations de ce type de soins non médicaux. Ils sont proposés par un éventail de services publics et privés. L'analyse des chiffres de la programmation fait apparaître très clairement que l'offre des soins à domicile est sous-représentée à Bruxelles comparée aux autres régions. En outre, la répartition géographique est très inégale. Certaines communes enregistrent la présence de nombreuses aides familiales alors que dans d'autres, l'aide familiale est quasiment inexistante. Il est donc recommandé **d'augmenter l'offre des soins aux familles afin de tendre vers une répartition géographique équilibrée.**

Il y a lieu de souligner que le nombre d'heures de prestation fixé n'est pas atteint du côté flamand. La flexibilité limitée, le manque de visibilité et de renommée dont bénéficient ces services, ainsi que la recherche de personnel néerlandophone suffisamment nombreux constituent des écueils sérieux à cet égard. Les différences importantes dans la contribution des utilisateurs, les services de la Communauté flamande étant souvent les plus chers, incitent les clients à faire appel aux soins à domicile moins chers de la COCOF et de la COCOM. Les services agréés par la COCOM opèrent généralement à partir d'une commune ou d'un Centre public d'action sociale (CPAS) et sont en conséquence mieux connus et plus accessibles. L'ancrage local joue également en leur faveur. Les services de la COCOM et de la COCOF atteignent parfois plus de 100 % de leur programmation. Des informations ultérieures indiquent qu'il existe des listes d'attente pour l'aide aux familles, mais que les clients ne sont pas orientés vers les services agréés flamands. Cela montre l'importance d'une collaboration et d'un travail en réseau accrus.

En outre, on constate que tous les services ne fonctionnent pas sous une agrégation de la VG, de la COCOM ou de la COCOF. On peut se poser de sérieuses questions quant à la garantie de qualité et le contrôle de qualité pour l'utilisateur de soins. Citons aussi par exemple les soins de 24h où le soignant habite chez l'utilisateur de soins. Cette aide est généralement proposée par des services

de soins et des prestataires de soins qui viennent pour cette raison de l'étranger à Bruxelles²⁷³. Ce phénomène se propage aussi à Bruxelles et les autorités doivent réagir.

4.2 Information, répartition des tâches et collaboration

Les groupes focus font clairement apparaître que les services de soins à domicile ne sont pas suffisamment connus. Malgré une offre large, ils n'atteignent pas suffisamment le demandeur de soins. En fait, la situation doit évoluer. Il faut une notoriété, une répartition des tâches et une collaboration à tous les niveaux.

4.2.1 Macro (politique: autorité et organisation faitière)

La Région de Bruxelles-Capitale exige une approche spécifique afin de répondre de manière efficace aux demandeurs de soins dans le cadre des soins aux personnes âgées. En ce moment, des lignes directrices séparées sont déterminées dans le domaine des soins de bien-être et de santé, de la politique du logement, de l'emploi, de l'enseignement, des loisirs, du sport et de la culture ainsi que de l'innovation technologique. La prise de connaissance, la communication et la concertation entre les organisations faitières et les autorités pourraient aussi faire l'objet d'une recommandation. La **création de synergies** entre les domaines susmentionnés offre des opportunités énormes pour l'avenir.

La **répartition des tâches entre les prestataires de soins (de santé) professionnels** est un facteur essentiel dans la qualité du système de soins ; elle permet aussi de répondre aux besoins de la population. Cela implique un exercice de réflexion allant au-delà des formes de collaboration entre médecins et personnel infirmier. Idéalement, il convient d'impliquer également tous les prestataires de soins professionnels (comme par exemple les pharmaciens et les kinésithérapeutes) et d'autres professions sanitaires (comme les aides infirmiers ou les secrétaires médicales). Les autres secteurs aussi avec lesquels les instances collaborent (et en particulier les assistantes sociales) et les patients qui se chargent de leur propre suivi peuvent être concernées. Cette recommandation se situe dans la problématique générale d'une meilleure organisation des soins.

Les nouvelles formes de collaboration entre les prestataires de soins de santé pourraient être définies comme suit : (1) une nouvelle répartition des tâches existantes, d'après la logique de substitution ; (2) une répartition des nouvelles tâches d'après la logique de diversification des activités. Il convient aussi d'œuvrer d'urgence, tant dans les soins résidentiels (chroniques et aigus) que dans les soins à domicile, au remplacement des soins de santé et de bien-être axés sur l'offre par une **approche axée sur la demande**.

²⁷³ WeDO (2012). *Europees kwaliteitskader voor langdurige zorg*. Brussel: Age Platform Europe. www.wedo-partnership.eu.

Une idée concrète a été lancée autour d'une prestation de soins collective. A l'heure actuelle, le prestataire de soins compte des prestations individuelles. Il pourrait être intéressant de prévoir si possible dans une forme d'habitat collectif, un prestataire de soins pour tout l'habitat. Dans cette optique, il ne compterait pas des prestations individuelles mais bien collectives. Ainsi, on serait en mesure de prester la quantité de soins dont les gens ont besoin.

4.2.2 Meso (le quartier)

On constate également que les prestataires de soins sont peu informés de leur existence réciproque, de leur fonctionnement et de leur offre. Cela constitue un obstacle complémentaire venant entraver le flux de l'information et l'orientation ad hoc des personnes nécessitant des soins.

Ce constat concerne aussi la collaboration entre secteurs, tels les services de soins aux personnes âgées, le secteur des personnes handicapées, le secteur de la santé mentale, etc. En dépit de certaines affinités communes, sans même parler de collaboration, il apparaît que ces secteurs se connaissent à peine. On peut se poser la question dans quelle mesure une approche par groupe cible est tenable et si une approche supra sectorielle n'est pas préférable, partant des besoins en soins des personnes.

Il convient donc que les différents prestataires de soins apprennent à (mieux) se connaître sur les différents niveaux. Au niveau local, les prestataires de soins travaillant pour les mêmes clients ou dans le même quartier, pourraient se voir par exemple lors d'une rencontre sociale. Les services et organisations ont également besoin de se connaître les uns les autres. La question de savoir qui doit organiser la concertation et la coordination n'est pas univoque. Lors des groupes de discussion avec les experts et responsables politiques, les participants se montraient favorables à une organisation « organique ». Dans certains quartiers, des organisations / pouvoirs locaux jouent déjà ce rôle dans une certaine mesure. Pour une localité, cela peut être le CPAS ou une maison de quartier, pour d'autres la commune ou la maison de repos. Le pilotage peut être ancré dans la localité ou commandé à distance. Il importe surtout de mettre l'accent sur le processus (comment répondre aux besoins du client) et non sur le produit (quel service doit aller chez le client).

Les groupes de discussion ont révélé que la concertation multidisciplinaire est aujourd'hui presque irréalisable sur le terrain et que d'autres modèles de coordination et de gestion des soins doivent être recherchés.

4.2.3 Micro (usager)

Au niveau micro de l'utilisateur, la transmission de l'information constitue un problème majeur sur le niveau. Le morcellement, l'invisibilité dans l'espace public, le caractère peu familier du système de soins pour certains usagers, etc. se soldent par une situation où nombre de personnes nécessitant une assistance sont privées des soins requis. Cela s'applique davantage encore aux communautés allochtones, où les seuils culturels et le caractère peu familier de notre

système de soins compliquent la circulation de l'information. Ces personnes pourront ainsi retrouver ce qu'elles connaissent via leur réseau et le « bouche à oreille ». Il s'agit notamment de la voie par laquelle les personnes âgées choisissent une maison de repos. Cela entraîne un risque de sous-utilisation des soins (par les personnes qui ne savent pas comment y accéder) mais également un risque d'abus (par celles qui savent très bien où les trouver).

Il est nécessaire de prévoir des **soins (à domicile) visibles dans la rue**, donnant aux personnes potentiellement dépendantes de soins le sentiment rassurant que des prestataires de soins seront là quand elles en auront besoin. Par analogie, une étude a révélé qu'il est nécessaire de donner une **image positive des soins**, en démontrant que l'on peut compter sur des soins de qualité et que les soins constituent une profession de qualité.

4.3 Aidants proches, reconnaissance et soutien

L'aide proche est l'assistance non professionnelle reçue par les personnes nécessitant des soins de la part de leur famille, leurs voisins, leurs amis et des volontaires. Contrairement à ce que l'on pourrait attendre, la situation de Bruxelles n'est pas inférieure à celle de la Flandre sur ce plan. Dans la capitale, 9% de la population déclarent fournir une aide proche, laquelle constitue un complément essentiel des soins professionnels à domicile. La part plus élevée d'aidants proches parmi les voisins et connaissances est une spécificité du contexte urbain (ménages réduits, davantage de personnes isolées et famille habitant plus loin). L'aide proche au sein de la famille même constitue par contre une caractéristique des quartiers comptant un nombre important de migrants.

Dès lors, les recommandations politiques ont pour but de reconnaître, d'impliquer et de soutenir l'aidant proche dans le processus de soins. **L'aidant proche constitue un partenaire structurel et essentiel dans le processus des soins** aux personnes âgées et devrait être un partenaire structurel dans chaque méthodologie d'organisation de soins. Il est donc préférable d'organiser les soins à domicile plus près de l'aidant proche, afin que celui-ci puisse par exemple recourir lui aussi aux soins à domicile professionnels. Ce soutien devrait être le plus proche possible de l'aidant proche. Les organisations de soins de proximité (du côté flamand) sont une bonne chose, mais celles-ci n'atteignent pas leur objectif à cause d'une politique centralisée et d'une sous-occupation. L'idée est très prometteuse mais, selon l'étude, il est nécessaire de prévoir une réalisation beaucoup plus locale. Les aidants proches ont grandement besoin d'un **soutien émotionnel (de pairs)**. Un tel soutien devrait être possible dans le quartier, mais pourquoi pas aussi par le biais de l'ICT ? À cet égard, des expériences réalisées à l'étranger comme par exemple le projet SHARED (Support Help and Acces to Resources and Education for Dementia) en matière de démence et le projet FLAG (For Local Advice and Guidance)²⁷⁴ pour la coordination de soins accessibles à tous à Stockport constituent des sources d'inspiration.

²⁷⁴ <http://www.stockportflag.org.uk>

4.4 Importance de l'environnement dans les soins à domicile

Les soins infirmiers à domicile sont notablement moins sollicités à Bruxelles. Les causes doivent être recherchées dans une combinaison de paramètres incluant le manque de familiarité avec cette forme de soins et la disponibilité insuffisante d'infirmiers dispensant des soins à domicile. La ville dispose d'environ 700 infirmiers à domicile, alors que cet effectif devrait au bas mot compter 2000 personnes. Cette pénurie est en partie compensée par des infirmiers de la périphérie flamande, qui étendent leur secteur de travail vers Bruxelles, essentiellement les communes du nord-ouest. Le sentiment d'insécurité, la densité du trafic et les problèmes de stationnement figurent parmi les écueils entravant le travail des infirmiers à domicile. Grâce au projet « Parking-Plus », une solution créative a cependant été élaborée à cet égard : les propriétaires d'un garage peuvent signaler au moyen d'un autocollant qu'ils autorisent les infirmiers, les médecins, etc., à se garer devant leur porte. Un projet original qui, espérons-le, sera couronné de succès.

Par ailleurs, les **soins de santé centrés sur les quartiers** abordés plus haut peuvent aussi constituer une solution. Des soins à domicile orientés et organisés au niveau local permettent d'éviter de gaspiller de l'argent en se déplaçant d'un client à l'autre. De tels soins peuvent éventuellement être organisés en combinaison avec les soins résidentiels. La question se pose alors de savoir comment nous pouvons développer un tel modèle avec les services existants, en respectant le libre choix de chaque client et la position concurrentielle du prestataire de soins/de l'organisation.

Les responsables politiques pourraient donc certainement réfléchir à des **modèles d'organisation innovants** permettant de réduire ce coût social sans entraîner une augmentation du coût pour l'usager ou le prestataire de soins. L'idée a été émise de développer un modèle semblable à celui utilisé dans les hôpitaux, où l'on choisit uniquement le spécialiste, et non l'anesthésiste, l'infirmier, etc. Ces derniers font « partie du lot ». Un tel système pourrait être développé dans les soins à domicile : le choix porterait alors sur « un lot » et non sur un prestataire de soins individuel.

5. Soins résidentiels

5.1 Besoins de maisons de repos supplémentaires?

Bruxelles compte près de 160 maisons de repos, qui représentent conjointement une capacité d'env. 15.000 unités de logement (16% de plus de 85 ans)²⁷⁵. Environ de 40 % des places en maisons de repos sont occupées par des personnes âgées relativement valides présentant un

²⁷⁵ Van den Bosch, K., Willemé, P., Geerts, J., Breda, J., Peeters, S., Van De Sande S., e.a. (2011). *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025 - Synthese*. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

profil O ou A sur l'échelle de Katz. Étant donné l'offre historiquement excédentaire de lits dans les maisons de repos, l'étape des soins à domicile est souvent omise et certaines personnes âgées de Bruxelles se retrouvent dans une maison de repos en dépit de besoins (continus) limités en matière de soins. À terme, ce type de situation se révélera intenable et ces profils O et A devront céder la place au groupe croissant de personnes âgées nécessitant davantage de soins. La présence notable de personnes jeunes souffrant d'un handicap dans les maisons de repos bruxelloises soulève également certaines questions. BWR (2008)²⁷⁶ mentionne à ce propos que le nombre de personnes avec un handicap séjournant dans le secteur des maisons de repos à Bruxelles est supérieur à la capacité totale de places résidentielles disponibles pour l'accueil des adultes dans le secteur des soins aux personnes handicapées à Bruxelles.

Un simple « oui » ne suffit donc pas lorsque l'on demande si Bruxelles a besoin de plus de maisons de repos. Au contraire. Dans un premier temps, les personnes pour lesquelles une maison de repos n'est ni appropriée ni adaptée trouveraient peut-être plus facilement une place dans d'autres unités d'hébergement. En effet, il convient de se demander si les maisons de repos constituent des lieux de résidence adaptés pour les personnes souffrant d'un handicap. En créant pour ces personnes des formes d'hébergement (collectives) adaptées, on augmente la capacité de programmation des maisons de repos. En soi, une telle solution pourrait être étroitement liée au **développement de nouvelles formes de logement collectif pour les personnes âgées plus légèrement dépendantes de soins**. En effet, pour les profils O&A également, il est nécessaire de prévoir d'autres établissements d'hébergement collectifs et différenciés leur permettant de bénéficier des soins et du soutien dont ils ont besoin.

Enfin, il s'avère que peu de maisons de repos sont disposées à proposer des places de court séjour. En effet, cette forme d'hébergement est moins rentable en raison de l'importante rotation. Les maisons de repos disposant d'une certaine capacité pourraient éventuellement être **obligées de prévoir un certain nombre de chambres de court séjour**.

5.2 Maisons de repos commerciales et non agréées

On observe à Bruxelles deux tendances spécifiques en ce qui concerne les maisons de repos : la commercialisation et la présence de maisons de repos non agréées.

Tout d'abord, on constate une importante pénétration de maisons de repos commerciales. Toutes les unités d'hébergement flamandes programmées dans des centres de soins résidentiels sont déjà réservées, dont 60 % pour des groupes commerciaux. De nombreuses petites maisons de repos familiales ont également été rachetées par de grands partenaires commerciaux. Entre-temps, plus de 70 % des soins résidentiels de personnes âgées à Bruxelles sont aux mains du secteur commercial (contre 10 % en Flandre). De plus, nous constatons également que quelques grands groupes de maisons de repos dominent le marché. Il semble dès lors indiqué de

²⁷⁶ Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (2009). *Memorandum: Brussel, gezond en wel?* Geraadpleegd op <http://www.bwr.be/upload/memorandum.pdf>

maintenir un équilibre entre les maisons de repos de CPAS, les maisons de repos commerciales et les asbl.

Cependant, la marge bénéficiaire n'est pas tellement enregistrée du côté des résidents. Au contraire, le SPF Economie (2009)²⁷⁷ déclare que la majeure partie des établissements privés à Bruxelles proposent un tarif journalier inférieur à la moyenne nationale. Selon eux, l'explication est plutôt à chercher du côté de l'économie d'échelle et de l'utilisation efficace des moyens et du personnel.

Deuxièmement, nous constatons que beaucoup de petites maisons de repos familiales ont été contraintes de fermer leurs portes ces dernières années en raison de problèmes de gestion et de rentabilité. Une partie d'entre elles ont été reprises par de grands partenaires commerciaux. Malgré cela, en 10 ans, plus de 700 unités d'hébergement ont ainsi été perdues²⁷⁸. Sur le terrain, on constate avec inquiétude que, dans certains cas, ces établissements restent actifs et continuent à accueillir des personnes âgées en dehors du circuit agréé. Ces « maisons de repos » non agréées ne sont plus soumises aux normes et aux contrôles. On ignore combien d'établissements ou de résidents sont concernés.

La question des **effets ces évolutions sur le prix et la qualité**, tant pour le personnel que pour les clients, requiert une étude approfondie.

5.3 Meilleure répartition de maisons de repos

En ce qui concerne la répartition des maisons de repos, il s'avère que la majorité des maisons de repos (69%) ont officiellement un statut bilingue agréé par la Commission communautaire commune. La Commission communautaire française (COCOF) agréé 30 % des maisons de repos, désormais détenues par le secteur commercial à une exception près. Seules deux maisons de repos (1%) ont le statut de Centre flamand de services de soins et de logement. Neuf centres flamands agréés de services de soins et de logement s'ajouteront à ces établissements au cours des cinq prochaines années, pour une capacité totale de 1 057 unités de logement.

Les maisons de repos bruxelloises sont – à l'exception de la zone du canal – relativement bien réparties sur l'ensemble du territoire (Home-Info, 2010). Il s'agit de l'un des points forts et des atouts des maisons de repos : étant donné qu'elles sont bien réparties sur le plan géographique et relativement connues, elles sont les mieux à même de répondre à un besoin de proximité. L'offre disponible peut tenir compte de l'environnement initial du patient, qui pourra recevoir souvent et sans problème la visite de membres de sa famille. En règle générale, les occupants

²⁷⁷ SPF Economie (2009) *Étude sectorielle Maisons de repos*. Consulté sur http://economie.fgov.be/nl/binaries/studie_rusthuissector_tcm325-96287.pdf

²⁷⁸ Info-Home Bruxelles (2011). *Rapport annuel 2011. Bruxelles: Info-Home*. Consulté sur <http://www.home-info.be/v4.0/wp-content/uploads/downloads/2012/08/jaarsverslag-HI-2011.pdf>

viennent donc des environs proches de la maison de repos²⁷⁹, mais cette proximité ne répond pas aux critères linguistiques – pour les personnes âgées néerlandophones – et ne concerne pas non plus l'ensemble de la population à Bruxelles, où l'implantation de maisons de repos ne correspond pas toujours pleinement à la répartition effective des personnes âgées.

Un aspect frappant tient à l'absence de maisons de repos dans les quartiers densément peuplés des zones les plus défavorisées de la Région de Bruxelles-Capitale, où vivent pourtant un nombre important – en chiffres absolus – de personnes âgées. Les quartiers densément peuplés dans le centre et ses alentours sont assez mal desservis en matière d'établissements résidentiels pour personnes âgées. Ces quartiers abritent peut-être les personnes âgées d'aujourd'hui, mais surtout celles de demain. Le manque de maisons de repos d'une part et l'aversion prononcée d'autre part peuvent constituer une opportunité et un levier pour **investir davantage dans des formes d'hébergement créatives précisément dans ces quartiers pauvres**. Une collaboration avec des sociétés de logement social ainsi que des formules d'hébergement social peuvent constituer des alternatives abordables.

Inversement, nous assistons aussi à l'implantation de nombreuses maisons de repos dans des quartiers caractérisés par un nombre absolu de personnes âgées peu élevé (par exemple Uccle, Watermael-Boitsfort et Auderghem)²⁸⁰.

Les maisons de repos peuvent également jouer un rôle important dans le quartier. **L'orientation sur le quartier** doit se faire dans les deux sens : intégrer le quartier dans la maison de repos et intégrer la maison de repos dans le quartier. La maison de repos pourrait par exemple jouer un rôle de soutien pour l'aidant proche : par exemple en proposant des programmes de soutien spécifiques (par ex. comment gérer la démence, les problèmes de comportement, les limites physiques, quelles sont les possibilités de soins de répit...).

5.4 Formes de logements alternatifs

Alternative formules de logement moins radicales ont connu jusqu'à présent un succès relativement limité. Elles sont considérées par les personnes âgées comme une étape intermédiaire inutile entre la vie à domicile pendant la période la plus longue possible et la maison de repos. Cette situation est notamment reflétée par le nombre peu élevé de résidences-services. Cette formule qui existe depuis un certain temps permet de proposer un logement aux personnes âgées qui peuvent encore vivre en toute indépendance et n'ont pas besoin de soins continus ni de surveillance permanente. Bruxelles dispose uniquement d'un éventail de 1 300 résidences-services, réparties dans onze communes, qui sont, il est vrai, presque exclusivement exploitées par des partenaires commerciaux. L'Autorité flamande prévoit, rien qu'à Bruxelles, une programmation de 1 274 résidences-services dont 32 à peine ont été réalisées et 107 ont bénéficié d'une autorisation préalable. Bien que ces résidences répondent aux besoins

²⁷⁹ Braem K. Guettard E., Mettens K., Ringoir K., Segers A., Vertongen M. & Walckiers M.(2007). *De stap naar een nieuw begin. Onderzoek naar het beslissingsproces van ouderen bij verhuis naar rusthuis of serviceflat*, Brussel: Ehsal

²⁸⁰ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2010). *Welzijnsbarometer: Brussels Armoederapport*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

d'autonomie, d'intimité et de soins sur mesure, les personnes âgées à Bruxelles semblent ne pas vouloir – ou pouvoir – y avoir recours (jusqu'à présent, les personnes âgées bruxelloises y semblent étrangères).

De nouvelles formules de logement visant à proposer des solutions de remplacement émergent peu à peu. À Bruxelles, il s'agit de divers types d'habitat groupé et intergénérationnel. Les plus connus sont les deux maisons Abbeyfield, où cohabitent des personnes âgées ne nécessitant pas de soins afin de partager du temps, des soins et de l'espace. Les maisons de rangée typiquement bruxelloises sont également adaptées à l'habitat kangourou, où deux personnes ou ménages de différentes générations peuvent occuper une partie distincte d'un même logement et s'aider et se prêter mutuellement assistance sur le plan pratique. L'objectif est d'instaurer des relations (de soins) intergénérationnelles et de favoriser de cette façon une aide mutuelle informelle.

Les expériences et possibilités des modes d'habitat alternatifs pour personnes âgées ont fait l'objet d'une publication²⁸¹ récente menée par le Kenniscentrum Woonzorg Bruxelles en collaboration avec le Service Seniors de la ville de Bruxelles. Cette recherche prospective visant à identifier les souhaits et les besoins en matière de logement a donné la parole à des personnes âgées vivant dans divers types d'habitat, du logement individuel à l'habitat kangourou, en passant par l'habitat groupé et communautaire. D'autres aspects tels que les avantages, les inconvénients et les effets potentiels de ces modes d'habitat sur l'organisation des soins (in)formels ont été abordés.

Afin de répondre aux besoins croissants de soins adaptés chez les personnes âgées allochtones, de nouvelles initiatives tenant davantage compte de la sensibilité culturelle sont en cours d'élaboration. Plus encore qu'au sein de la population autochtone, l'admission dans une maison de repos est considérée comme une solution de dernier recours chez les personnes âgées allochtones. Même si nous manquons de données chiffrées précises, nous pouvons avancer que les maisons de repos bruxelloises accueillent un nombre très limité de personnes âgées allochtones. Cette affirmation est confirmée par l'examen du lieu de décès des personnes âgées pendant la période 1998-2004 : une proportion infime de Bruxellois de nationalité marocaine ou turque décèdent dans une maison de repos (4 %, par comparaison à la moyenne bruxelloise de 27 %).

Une piste possible consiste à utiliser le modèle **d'auto-organisation** dans le domaine des soins. Le modèle d'auto-organisation que nous connaissons depuis de nombreuses années dans le milieu socio-culturel pourrait aussi s'avérer prometteur dans le secteur des soins. Donnons aux personnes la possibilité d'organiser elles-mêmes leurs soins. À cet égard, on ne se baserait pas sur l'offre, les plannings et les normes classiques mais sur les possibilités du client, de la communauté et du quartier. La réglementation pourrait être adaptée afin de créer un espace pour de tels modèles.

²⁸¹ Makay, I., & Lampaert, L. (2012). *Wonen zonder zorg(en). 10 woonvormen om over na te denken*. Brussel: Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

6. Soins semi-résidentiels

Des formes de soins instaurant un pont entre les soins à domicile et les structures résidentielles ont été développées afin d'aider les personnes âgées à continuer à vivre plus longtemps chez elles et de soulager les aidants proches s'occupant de personnes âgées nécessitant des soins. En journée, les centres de services de soins de jour proposent des soins, des activités de réadaptation, des animations, des repas chauds et un accompagnement psychosocial aux personnes âgées. À Bruxelles, cette forme de soins est principalement organisée par la Commission communautaire commune (COCOM) et s'adresse essentiellement à des personnes âgées souffrant de démence. Du côté flamand, les premières initiatives n'ont été mises en œuvre à Bruxelles que récemment, ce qui permettra graduellement de combler le retard de la programmation flamande. Un élément notable tient au caractère atypique du groupe cible concerné ou visé par trois de ces centres. Ces centres, dont les activités sont respectivement axées sur les personnes présentant une lésion cérébrale non congénitale, les personnes âgées aveugles ou malvoyantes et les personnes âgées ayant un handicap physique, occupent une position relativement unique, non seulement à Bruxelles, mais aussi en Flandre, et constituent un complément majeur des centres de soins de jour de la COCOM. Cependant, ces soins semi-résidentiels pourraient être plus solides. À cet égard, il est indiqué de mettre un terme à la répartition géographique inégale.

En revanche, en ce qui concerne les centres de soins de jour, le point faible tient davantage aux coûts, tant pour les exploitants que pour le client. Étant donné un coût journalier moyen de 22 euros, ce type de services reste réservé à un nombre restreint de personnes âgées.

7. Recommandations générales

7.1 Changer notre regard sur les « personnes âgées » : des partenaires actifs dans le secteur des soins

Le thème du « vieillissement actif » a été inscrit à l'ordre du jour politique en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Avec cette vision, l'OMS entendait lutter contre la stigmatisation des personnes âgées et montrer que chaque personne âgée – y compris les personnes âgées vulnérables ou physiquement limitées – doit pouvoir jouer un rôle actif dans la société. Ici, le terme « actif » ne renvoie pas tellement à la possibilité de participer au marché de l'emploi ou de rester actif physiquement mais plutôt à l'idée selon laquelle « les personnes âgées doivent pouvoir continuer à participer à des activités sociales, culturelles, spirituelles, économiques et sociétales ».

À cet égard, l'élaboration d'un contexte dans lequel les personnes âgées sont considérées comme des acteurs potentiels dans la construction de la société constitue le principal défi. Le fait de permettre à différents groupes de personnes âgées de participer à la société requerra dès lors

une approche diversifiée qui tient compte de nécessités, de besoins et d'intérêts spécifiques²⁸². À cet égard, les personnes âgées doivent pouvoir gérer elles-mêmes leur propre vie. De plus, les personnes âgées doivent pouvoir participer de façon active à la vie sociétale en tenant compte de leurs nécessités, capacités et besoins personnels²⁸³.

Cette question d'autogestion, d'autonomie et de participation des personnes âgées est apparue tout au long de la présente étude. Dans le domaine des soins, cela se traduit par une importante demande de soins sur mesure et de soins orientés vers la personne (person-centred care). Le dernier concept montre que les services de soins doivent répondre de façon opportune et flexible aux besoins changeants de chaque individu. Il leur incombe de respecter totalement l'intégrité personnelle dans le but d'augmenter la qualité de vie et de garantir une égalité des chances en matière d'accès aux soins. Chaque individu a non seulement ses propres intérêts, son propre caractère, son histoire et son contexte familial mais aussi ses propres besoins sociaux et sur le plan de la santé, ses propres capacités et ses propres préférences. Il est donc préférable que ces spécificités constituent la base de la planification des soins, de la gestion des soins, de la formation du personnel et de la qualité de soins²⁸⁴.

Sur le plan du logement aussi, l'autonomie est importante. On choisit fréquemment de ne plus déménager car on craint de perdre toute autonomie. En effet, souvent, le déménagement à un âge plus avancé ne constitue plus un choix spontané et personnel. Ce choix est régulièrement conseillé, suggéré voire imposé par l'entourage. C'est la raison pour laquelle il est important d'encourager les personnes âgées à opérer ce choix suffisamment tôt afin de pouvoir garder un certain contrôle. Ainsi, nous avons constaté que des personnes âgées emménagent souvent dans une maison de repos en n'étant absolument pas préparées et au moment où leurs besoins en soins sont les plus importants. Cependant, les personnes âgées refusent souvent d'envisager cette possibilité et la retardent le plus possible. La décision est alors souvent prise par des membres de la famille, ce qui fait de l'emménagement en maison de repos un événement radical et douloureux. En effet, l'amélioration considérable de la situation de soins s'accompagne d'une grande perte de points de repère, de vie privée, d'autonomie et de confrontation aux propres besoins en matière de soins.

D'une part, il appartient aux personnes âgées de se comporter elles-mêmes de façon proactive et de ne pas repousser les choix jusqu'à l'extrême limite de sorte qu'ils ne sont plus attractifs ou réalisables. Ainsi, nous constatons par exemple que la volonté d'adapter le logement diminue au fur et à mesure que la personne vieillit. Les personnes moins âgées acceptent plus facilement l'idée d'adapter leur maison. Dès lors, il conviendrait peut-être de faire en sorte qu'elles décident à ce moment-là de traduire ces paroles en actes. À l'heure actuelle, la plupart des campagnes d'adaptation du logement s'adressent aux personnes les plus âgées, alors que ce sont

²⁸² Verté, D., Dury, S., De Donder, L., Buffel, T., & De Witte, N. (2011). *Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie*. Bruges : Administration provinciale de Flandre occidentale

²⁸³ Walker, A. (1996). Political participation and representation of older people in Europe. Présenté lors du colloque 'The political participation of the elderly in Europe', sponsorisé par le Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth, Bonn, 25-27 janvier 1996. Et l'Organisation mondiale de la santé (2002). Active Ageing: a Policy Framework. OMS, Genève. Consulté sur http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

²⁸⁴ WeDO (2012). *Europees kwaliteitskader voor langdurige zorg*. Bruxelles : Age Platform Europe. www.wedo-partnership.eu.

précisément ces personnes qui y sont les plus réfractaires²⁸⁵. D'autre part, la politique, les organisations de soins et les aidants proches devraient permettre davantage aux personnes âgées d'assumer cette autonomie.

7.2 Surveiller et soutenir la qualité

En raison de l'augmentation rapide de la demande en soins de longue durée, à domicile ou ailleurs, un nombre croissant d'intervenants sont impliqués dans la fourniture de tels services. L'étude révèle que les personnes âgées ne reçoivent pas toutes des soins de qualité. Souvent, les réglementations offrant des garanties à cet égard font défaut. Le Cadre européen de qualité pour les soins de longue durée, qui sera lancé en novembre 2012, s'adresse à tous ces intervenants²⁸⁶. L'objectif de ce cadre de qualité consiste à :

- poursuivre une **vision commune** des soins de longue durée et une conscientisation sur la nécessité de lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes de soins ou d'aide ;
- **accroître la participation des personnes âgées** dans l'identification de leurs besoins et des soins de santé et sociaux dont ils dépendent, dans l'adoption de mesures de développement de la qualité et dans des processus innovants ;
- **développer des solutions justes et durables** pour améliorer la qualité des soins. Cela peut passer par un échange de bonnes pratiques.
- **améliorer la coordination et l'échange d'informations** entre les différents intervenants afin d'accroître la qualité et l'efficacité des services, et plus particulièrement entre les décideurs politiques, les prestataires de services et les professionnels de la santé ainsi qu'entre les prestataires de soins professionnels et informels ;
- **améliorer la qualité des systèmes de soins en créant un bon équilibre entre efficacité, diminution des coûts et amélioration de la qualité ;**
- **améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes de soins ou d'aide** grâce à toutes les mesures qui précèdent.

Sur le plan des soins à domicile, par exemple, il existe toutes sortes de critères de qualité pour pouvoir fournir des soins. Ainsi, il est important que les prestataires de soins soient correctement formés. Dans le cas des titres-services, ce contrôle de qualité n'existe pas, alors que cette prestation de services s'avère souvent moins chère que l'aide aux familles et aux personnes âgées et que ces dernières y auront donc de plus en plus souvent recours à l'avenir.

Plusieurs études internationales, mais aussi les chiffres de l'étude sur les besoins des personnes âgées à Bruxelles, montrent que la maltraitance des personnes âgées ne constitue pas une donnée triviale. Ces dernières années, 1 personne âgée sur 8 a été confrontée à une forme de maltraitance. Une part importante des mauvais traitements infligés aux personnes âgées peut être qualifiée de « soins qui dérapent ». Dans cette forme de maltraitance non intentionnelle,

²⁸⁵ De Witte, N. et al. (2012). *Een huis? Een thuis! Over ouderen en wonen*. Bruges : Vanden Broele.

²⁸⁶ Plus d'info sur www.wedo-partnership.eu.

l'intervenant n'est pas conscient des conséquences que certains actes impliquent pour la personne âgée. L'ignorance, l'impuissance ou l'inconscience d'une part et la surcharge d'autre part peuvent entraîner ce phénomène de dérapage. La question est alors de savoir comment soutenir les aidants proches. C'est la raison pour laquelle nous insistons sur la nécessité de développer un soutien de qualité pour les aidants proches.

7.3 Enseignement, formation et emploi

Il convient de mettre en place une politique d'enseignement tenant compte de la situation concrète de Bruxelles en vue de réduire le chômage, de favoriser ainsi l'intégration de tous les habitants et de lutter contre la pauvreté.

Compte tenu du manque important de personnel soignant (surtout les soignants, les aides-soignants, les infirmiers), les professions dans le domaine des soins de santé offrent une opportunité permettant de réaliser les objectifs susmentionnés.

Cependant, lorsqu'on a une vision plus large du secteur des soins de santé et qu'on le situe dans la perspective du maintien à domicile des personnes âgées, l'enseignement professionnel offre de nombreuses possibilités. Il suffit de penser à des formations polyvalentes pour hommes/femmes à tout faire, chauffeurs pour services de transport, couturières pour des services de raccommodages.

Enfin, il serait également intéressant de réaliser un exercice au sujet de la subsidiarité des missions de soins. Qui fait quoi ? Les infirmiers à domicile s'occupent-ils encore principalement de la toilette des personnes âgées ? Ou cette tâche est-elle assumée par d'autres prestataires de soins ? La question centrale est la suivante : si une personne possédant un profil de formation inférieur est capable d'assumer correctement une tâche, pourquoi une personne présentant un profil de formation supérieur devrait-elle s'en charger ? Il est nécessaire de mener plus d'études sur la situation actuelle et sur les profils professionnels innovants en matière de soins.

7.4 Innovation et technologie

L'offre de moyens et/ou applications technologiques adaptés apportera le support nécessaire tant pour les prestataires de soins que pour le public cible (les personnes âgées et les handicapés) et facilitera le maintien à domicile. Des systèmes tels que l'alarme pour personnes existent déjà depuis longtemps, dans notre pays et à l'étranger. Pourtant, on constate que ces systèmes ne sont guère entrés dans les mœurs à Bruxelles.

Outre la communication et la diffusion des systèmes existants, il est également indiqué d'investir dans l'**innovation**. Il convient de prévoir des possibilités d'expérience et de démonstration, notamment au niveau des formes d'hébergement et des modèles de soins.

L'organisation intégrée, et tournée vers l'avenir, de soins destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées aura un coût, ce qui pose justement problème à l'heure actuelle. Dans un cadre éthique, il est indispensable de réfléchir à des modes de financement alternatifs et de les mettre en œuvre afin que le secteur public, le secteur privé mais aussi l'utilisateur final en ressentent un mieux être.

Enfin, nous souhaitons également aborder la question de la **simplification administrative**. Pour les prestataires de soins, il serait très intéressant et beaucoup plus efficace de prévoir un enregistrement centralisé d'informations auxquelles chaque prestataire de soins (ou le service responsable) pourrait avoir accès.

Partie 6 : Plan d'approche

1. Programmation : proposition en cas de politique inchangée

	-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Total	60+	60+ (%)	65+	65+ (%)	85+	85+ (%)
Anderlecht	84631	4442	3771	3618	3396	2564	1633	592	104647	20016	19,1	15574	14,9	2225	2,1
Auderghem	23815	1606	1120	1134	1134	1041	712	245	30807	6992	22,7	5386	17,5	957	3,1
Berchem-Ste-Agathe	17437	1105	867	870	780	574	409	142	22184	4747	21,4	3642	16,4	551	2,5
Bruxelles	132561	6431	5008	4288	3774	2881	1929	801	157673	25112	15,9	18681	11,9	2730	1,7
Etterbeek	37240	1903	1274	1112	1047	857	651	270	44354	7114	16,0	5211	11,8	921	2,1
Evere	28024	1767	1415	1312	1319	1018	703	246	35804	7780	21,7	6013	16,8	949	2,7
Forest	40693	2414	1799	1619	1425	1161	851	296	50258	9565	19,0	7151	14,2	1147	2,3
Ganshoren	16856	1212	990	1007	999	847	512	168	22591	5735	25,4	4523	20,0	680	3,0
Ixelles	67715	3463	2350	1927	1655	1436	1113	524	80183	12468	15,6	9005	11,2	1637	2,0
Jette	36885	2304	1762	1592	1534	1366	999	376	46818	9933	21,2	7629	16,3	1375	2,9
Koekelberg	16317	813	677	591	541	426	326	122	19813	3496	17,6	2683	13,5	448	2,3
Molenbeek-St-Jean	73590	3433	2828	2685	2288	1657	1180	520	88181	14591	16,6	11158	12,7	1700	1,9
St-Gilles	40733	1766	1297	1077	921	591	416	180	46981	6248	13,3	4482	9,5	596	1,3
St-Josse-ten-Noode	23515	784	711	534	358	244	123	65	26334	2819	10,7	2035	7,7	188	0,7
Schaerbeek	103939	4486	3514	3010	2498	1909	1327	549	121232	17293	14,3	12807	10,6	1876	1,6
Uccle	58368	4408	3248	3123	2960	2651	2024	807	77589	19221	24,8	14813	19,1	2831	3,7
Watermael-Boitsforts	18025	1547	1135	983	995	823	536	216	24260	6235	25,7	4688	19,3	752	3,1
Woluwe-St-Lambert	38908	2816	1896	1841	1884	1727	1200	477	50749	11841	23,3	9025	17,8	1677	3,3
Woluwe-St-Pierre	29362	2145	1560	1548	1582	1509	1018	348	39072	9710	24,9	7565	19,4	1366	3,5
Total	888614	48845	37222	33871	31090	25282	17662	6944	1089530	200916	18,4	152071	14,0	24606	2,3

Tableau 6.1 Aperçu population Région Bruxelles-Capitale par commune et catégorie d'âge, 2010

Le tableau ci-dessus présente un aperçu de la population par catégorie d'âge et par commune sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale. Il est frappant de constater que les communes comptant, en termes de chiffres, le plus d'habitants n'abritent pas nécessairement, de façon proportionnelle, le plus grand nombre de personnes âgées.

Les communes dont la population est relativement plus âgée sont plutôt, à première vue, celles situées dans la partie sud-est de Bruxelles ainsi que Ganshoren.

En chiffres absolus, Bruxelles, Anderlecht, Uccle, Schaerbeek et Molenbeek-Saint-Jean sont en tête de classement en ce qui concerne le nombre d'habitants de 60 ans et plus. Uccle est la

commune la plus confrontée au phénomène de vieillissement de la population puisqu'elle compte le plus grand nombre d'habitants âgés de 85 ans et plus.

Tableau 6.2 Classement en fonction du nombre absolu de personnes âgées par commune

Population Bruxellois	60+			65+			85+		
	Absolut	Rel / Rég. BXL- Cap.	Rel / 60+	Absolut	Rel / Rég. BXL- Cap.	Rel / 60+	Absolut	Rel / Rég. BXL-Cap.	Rel / 60+
St-Josse-ten-Noode	2.819	0,26%	1,40%	2.035	0,19%	1,34%	188	0,02%	0,76%
Koekelberg	3.496	0,32%	1,74%	2.683	0,25%	1,76%	448	0,04%	1,82%
Berchem-St-Agathe	4.747	0,44%	2,36%	3.642	0,33%	2,39%	551	0,05%	2,24%
Ganshoren	5.735	0,53%	2,85%	4.523	0,42%	2,97%	680	0,06%	2,76%
Watermael- Boitsfort	6.235	0,57%	3,10%	4.688	0,43%	3,08%	752	0,07%	3,06%
St-Gilles	6.248	0,57%	3,11%	4.482	0,41%	2,95%	596	0,05%	2,42%
Auderghem	6.992	0,64%	3,48%	5.386	0,49%	3,54%	957	0,09%	3,89%
Etterbeek	7.114	0,65%	3,54%	5.211	0,48%	3,43%	921	0,08%	3,74%
Evere	7.780	0,71%	3,87%	6.013	0,55%	3,95%	949	0,09%	3,86%
Forest	9.565	0,88%	4,76%	7.151	0,66%	4,70%	1.147	0,11%	4,66%
Woluwe-St-Pierre	9.710	0,89%	4,83%	7.565	0,69%	4,97%	1.366	0,13%	5,55%
Jette	9.933	0,91%	4,94%	7.629	0,70%	5,02%	1.375	0,13%	5,59%
Woluwe-St-Jean	11.841	1,09%	5,89%	9.025	0,83%	5,93%	1.677	0,15%	6,82%
Ixelles	12.468	1,14%	6,21%	9.005	0,83%	5,92%	1.637	0,15%	6,65%
Molenbeek-St-Jean	14.591	1,34%	7,26%	11.158	1,02%	7,34%	1.700	0,16%	6,91%
Schaerbeek	17.293	1,59%	8,61%	12.807	1,18%	8,42%	1.876	0,17%	7,62%
Uccle	19.221	1,76%	9,57%	14.813	1,36%	9,74%	2.831	0,26%	11,51%
Anderlecht	20.016	1,84%	9,96%	15.574	1,43%	10,24%	2.225	0,20%	9,04%
Bruxelles	25.112	2,30%	12,50%	18.681	1,71%	12,28%	2.730	0,25%	11,09%
Total	200.916	18,44%	100,00%	152.071	13,96%	100,00%	24.606	2,26%	100,00%
Moyenne	10.575	0,97%		8.004	0,73%		1.295	0,12%	
St dev	6.154	0,56%		4.660	0,43%		750	0,07%	

Dans le tableau ci-dessus, nous remarquons que le nombre absolu d'habitants de plus de 60 ans varie de 2.819 à 25.112. Le nombre d'habitants de plus de 65 ans varie entre 2.035 et 18.681. Enfin, le nombre d'habitants de plus de 85 ans oscille entre 188 et 2.730.

À cet égard, nous constatons d'importantes différences d'une commune à l'autre. Dans un souci de clarté, nous avons exprimé cette différence par le biais de la moyenne par catégorie d'âge et de la déviation standard. Ces indices chiffrés présentent une grande variation. Nous entendons ainsi démontrer qu'il est préférable d'appliquer les normes de programmation par commune.

Le comité d'accompagnement a décidé de réaliser l'exercice de programmation pour Bruxelles sur la base des normes appliquées en Flandre et sans changer de politique.

1.1 Aide aux familles

Si nous observons aujourd'hui le nombre d'heures programmées, nous constatons qu'en 2012, 896.617 heures ont été programmées en Flandre, 265.400 par la COCOM et 864.576 par la COCOF. Ce qui donne un total de 2.026.593 heures pour Bruxelles. Selon la programmation utilisée, ce nombre devrait s'établir à 2.929.676 heures. Cela signifie que, sur le plan de la programmation, le retard initial s'élève à quelque 900.000 heures.

Fin 2011, 1.252.523 heures ont été prestées, soit seulement 43 % de ce qui devrait normalement être réalisé selon la norme de programmation suivie. Si nous nous basons sur la même norme de programmation et sur ce qui devrait être programmé en 2012, le nombre d'heures devrait approcher le million en 2022. Pour 2040, il faudrait de nouveau prévoir un petit million d'heures en plus par rapport à 2022.

Tableau 6.3 Préviation programmation soins familiale

Rég. BXL-Capitale	2010			2022			2040		
	N	%		N	%		N	%	
<60	888614	81,56%	550940,68	1067013	82,40%	661548,06	1086233	79,03%	673.464,46
60-64	48845	4,48%	82059,60	58613	4,53%	98469,84	67080	4,88%	112.694,40
65-69	37222	3,42%	170476,76	48759	3,76%	223316,22	58133	4,23%	266.249,14
70-74	33871	3,11%	155129,18	41178	3,18%	188595,24	50486	3,67%	231.225,88
75-79	31090	2,85%	544075,00	31738	2,45%	555415,00	43588	3,17%	762.790,00
80-84	25282	2,32%	442435,00	22362	1,73%	391335,00	34061	2,48%	596.067,50
85-89	17662	1,62%	706480,00	15227	1,18%	609080,00	21999	1,60%	879.960,00
90-94	4986	0,46%	199440,00	7552	0,58%	302080,00	10187	0,74%	407.480,00
95-99	1735	0,16%	69400,00	2174	0,17%	86960,00	2425	0,18%	97.000,00
>100	231	0,02%	9240,00	285	0,02%	11400,00	345	0,03%	13.800,00
	1.089.538,00		2.929.676,22			3.128.199,36			4.040.731,38
Total <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	0,7903	
Total 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Total 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Total 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
Total population Bruxellois	1.089.538,00			1.294.901,00			1.374.537,00		

1.2 Garde

En communauté flamande, 16.198,38 heures de garde ont été prestées en 2011. À la COCOM et à la COCOF, ces heures ne sont pas enregistrées séparément et sont reprises dans les heures d'aide aux familles, ce qui signifie que nous ne pouvons tenir compte, dans cet exercice, que des données de la Communauté flamande. Afin d'avoir une idée plus claire de la situation, il

conviendrait de retirer les heures de garde de l'ensemble des heures consacrées à l'aide aux familles à la COCOM et à la COCOF.

Tableau 6.4 Préviation programmation garde

Cat. d'âge	# heures/cat âge 2010		# heures/cat âge 2022		# heures/cat âge 2040	
-59	26.658	26.658	31.683	31.683	33.631	33.631
60-64	1.465	6.027	1.741	7.163	1.848	7.604
65-69	1.117		1.328		1.409	
70-74	1.016		1.208		1.282	
75-79	933		1.109		1.177	
80-84	758		901		956	
85-89	530		630		669	
90+	208		247		262	
Total	32.686		32.685		38.847	

Sur la base de la norme de programmation flamande, 32.686 heures de garde auraient dû être programmées pour Bruxelles en 2010.

Selon notre scénario, il faudrait, à politique inchangée, prévoir respectivement 38.846 et 41.235 heures en 2022 et en 2040.

1.3 Soins infirmiers à domicile

Il n'est pas si facile d'obtenir des chiffres exacts concernant les infirmiers à domicile actifs. Qui est actif à Bruxelles comme infirmier à domicile ? Nous pouvons le savoir par l'intermédiaire des services organisés de soins infirmiers à domicile (Wit-Gele Kruis, Croix-Jaune et Blanche, Solidariteit voor het Gezin, CSD,...). Dans ces services, les infirmiers à domicile travaillent comme salariés. Par contre, il est plus difficile de savoir qui est actif comme infirmier à domicile indépendant à Bruxelles. Il semblerait que de nombreux infirmiers à domicile indépendants flamands quittent la périphérie pour venir travailler à Bruxelles... Dans la mesure où l'INAMI connaît seulement le lieu d'établissement des infirmiers à domicile, il est difficile de déterminer le nombre d'infirmiers à domicile indépendants actifs à Bruxelles dans le cadre d'une fonction principale ou secondaire, alors que ceux-ci constituent probablement le plus grand groupe.

Ce qui explique les quelques hypothèses et suppositions.

Nous nous basons tout d'abord sur l'information selon laquelle le nombre d'infirmiers à domicile actifs en région de Bruxelles-Capitale en 1999 était estimé à 624²⁸⁷. Entre-temps, en raison de la

287 Pacolet J., Delière D., Artoisenet C., Cattaert G., V. Coudron V., Leroy X., Peetermans A., & Swine C. (2005). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België*. Leuven/Bruxelles: HIVA-K.U.Leuven/SESU-UCL. Geraadpleegd op http://www.socialezekerheid.fgov.be/docs/fr/publicaties/vergrijzing/rapport_vergrijzing.pdf

congestion du trafic à Bruxelles, d'un manque criant de possibilités de parking et du sentiment croissant d'insécurité, le nombre d'infirmiers à domicile aurait diminué.

Selon la règle pratique, il convient de prévoir 2 infirmiers à domicile par millier d'habitants. En d'autres termes, plus de 2000 infirmiers à domicile devraient être actifs dans la mégapole de Bruxelles.

Voici un petit calcul pour étayer ce chiffre. Le magazine Knack d'août 2011 a chiffré le nombre d'infirmiers à domicile actifs en Flandre à 22.000. Comme la Flandre comptait 6.251.983 habitants en 2010 (nous utilisons ce chiffre de la population car il sert de base à toutes les autres simulations), nous pouvons avancer avec prudence que la Flandre compte 1 infirmier à domicile actif pour 284 habitants, ce qui revient à environ 3,5 infirmiers à domicile par millier d'habitants, soit beaucoup plus que les 2 infirmiers à domicile pour 1.000 habitants préconisés par la règle empirique.

Lorsque nous nous basons sur cette norme de programmation (prudente), nous arrivons au constat suivant :

Tableau 6.5 Prévission programmation soins à domicile

Cat. d'âge	2010		2022		2040	
	# habitants	# soins à domicile	# habitants	# soins à domicile	# habitants	# soins à domicile
-59	888.614	1777	1.056.113	2112	1.121.064	2242
60-64	48.845	97	58.052	116	61.622	123
65-69	37.222	74	44.238	88	46.959	93
70-74	33.871	67	40.256	80	42.731	85
75-79	31.090	62	36.950	73	39.223	78
80-84	25.282	50	30.048	60	31.895	63
85-89	17.662	35	20.991	41	22.282	44
90+	6.944	13	8.253	16	8.760	17
Total	1.089.530	2175	1.294.901	2586	1.374.537	2745

Plus de 2.175 infirmiers à domicile devaient être actifs en 2010 pour environ 2.600 en 2022 et 2.750 en 2040.

Il est évident que la région de Bruxelles est confrontée à une importante pénurie d'infirmiers à domicile.

1.4 Centre de services local

La Communauté flamande compte actuellement 12 LDC agréés, 5 en développement et 24 programmés.

Des services similaires existent à la COCOM (voir le tableau 2.24). Il serait bon de reprendre ces initiatives, ainsi que les initiatives de nature socio-culturelle de la COCOF, dans le planning total de la prestation de services accessible à tous et centrée sur le quartier, qui contribue à la création d'un réseau social pour l'utilisateur et qui a pour but de permettre aux personnes de vivre aussi longtemps que possible dans l'environnement qui leur est familier.

La réalisation de centres de services locaux (LDC) et d'autres services similaires devrait faire partie du développement complet de tels services.

Selon que l'on observe les chiffres de programmation par catégorie d'âge ou par commune et en partant de la nécessité de prévoir 1 centre de services local pour 15.000 habitants, nous obtenons le tableau suivant :

Tableau 6.6 Prévission programmation LDC's par catégorie d'âge

Cat. d'âge	2010		2022		2040	
	# habitants	# LDC's	# habitants	# LDC's	# habitants	# LDC's
-59	888.614	60	1.056.113	71	1.121.064	75
60-64	48.845	4	58.052	4	61.622	5
65-69	37.222	3	44.238	3	46.959	4
70-74	33.871	3	40.256	3	42.731	3
75-79	31.090	3	36.950	3	39.223	3
80-84	25.282	2	30.048	3	31.895	3
85-89	17.662	2	20.991	2	22.282	2
90+	6.944	1	8.253	1	8.760	1
Total	1.089.530	78	1.294.901	90	1.374.537	96

Si nous observons le besoin en centres de services locaux par catégorie d'âge, Bruxelles avait besoin de 78 LDC en 2010 et ce nombre devrait passer à 99 en 2022 et à 96 en 2040.

Lorsque l'on observe la programmation de LDC par commune (voir le tableau ci-dessous) avec la même norme de programmation, nous arrivons à un total de 83 LDC en 2010, de 95 LDC en 2022 et de 101 LDC en 2040. Pour la synthèse (voir plus loin), nous retenons le scénario minimum du tableau précédent.

Tableau 6.7 Prévission programmation soins à domicile par commune

Communes	2010		2022		2040	
	# habitants	# LDC's	# habitants	# LDC's	# habitants	# LDC's
Anderlecht	104.647	7	124.372	9	132.021	9
Auderghem	30.807	3	36.614	3	38.866	3
Berchem-Ste-Agatha	22.184	2	26.366	2	27.987	2
Bruxelles	157.673	11	187.394	13	198.918	14
Etterbeek	44.354	3	52.715	4	55.956	4
Evere	35.804	3	42.553	3	45.170	4
Forest	50.258	4	59.731	4	63.405	5
Ganshoren	22.591	2	26.849	2	28.501	2
Ixelles	80.183	6	95.297	7	101.158	7
Jette	46.818	4	55.643	4	59.065	4
Koekelberg	19.813	2	23.548	2	24.996	2
Molenbeek-St-Jean	88.181	6	104.803	7	111.248	8
St-Gilles	46.981	4	55.837	4	59.271	4
St-Josse-ten-Noode	26.334	2	31.298	3	33.223	3
Schaerbeek	121.232	9	144.084	10	152.945	11
Uccle	77.589	6	92.214	7	97.885	7
Watermaal-Boitsfort	24.260	2	28.833	2	30.606	3
Woluwe-St-Lambert	50.749	4	60.315	5	64.024	5
Woluwe-St-Pierre	39.072	3	46.437	4	49.293	4
Total	1.089.530	83	1.294.901	95	1.374.537	101

À noter qu'il est important d'utiliser la méthode de programmation la plus adaptée. À cet égard, une même norme de programmation donnera des résultats très différents selon que le calcul est effectué à partir du nombre d'habitants par catégorie d'âge ou à partir du nombre d'habitants par commune.

1.5 Centre de services régional

La Communauté flamande compte actuellement 2 RDC agréés et 3 programmés. À cela s'ajoutent les 5 associations travaillant sous la normalisation de la COCOF comme centres de coordination de soins et services à domicile.

La réalisation de RDC et d'autres services similaires devrait également faire partie du développement complet de tels services à Bruxelles.

Tableau 6.8 Préviation programmation RDC's

Cat. d'âge	2010		2022		2040	
	# habitants	# RDC's	# habitants	# RDC's	# habitants	# RDC's
-59	888.614	8	1.056.113	10	1.121.064	11
60-64	48.845	0	58.052	0	61.622	0
65-69	37.222	0	44.238	0	46.959	0
70-74	33.871	0	40.256	0	42.731	0
75-79	31.090	0	36.950	0	39.223	0
80-84	25.282	0	30.048	0	31.895	0
85-89	17.662	0	20.991	0	22.282	0
90+	6.944	0	8.253	0	8.760	0
Total en fonction du cat. d'âge		8		10		11
Total / population total	1.089.530	10	1.294.901	12	1.374.537	13

Si nous appliquons la norme de programmation d'1 RDC pour 100.000 habitants, 10 RDC auraient déjà dû être prévus en 2010, contre 12 en 2022 et 13 en 2040.

1.6 Centre de convalescence

Selon un nouveau calcul réalisé sur la base de la programmation flamande, il conviendrait de prévoir une place par tranche de 4.368 habitants. Bruxelles aurait déjà dû comporter 249 places en 2010, voir le tableau ci-dessous :

Tableau 6.9 Préviation programmation convalescence

Cat. d'âge	2010		2022		2040	
	# habitants	# centres	# habitants	# centres	# habitants	# centres
-59	888.614	203	1.056.113	241	1.121.064	256
60-64	48.845	11	58.052	13	61.622	14
65-69	37.222	8	44.238	10	46.959	10
70-74	33.871	7	40.256	9	42.731	9
75-79	31.090	7	36.950	8	39.223	8
80-84	25.282	5	30.048	6	31.895	7
85-89	17.662	4	20.991	4	22.282	5
90+	6.944	1	8.253	1	8.760	2
Total	1.089.530	246	1.294.901	292	1.374.537	311

À l'heure actuelle, rien n'a encore été réalisé à cet égard. Il existe seulement une autorisation préalable pour 60 places. Le nombre de places devrait atteindre 292 en 2022 et 311 en 2040.

Une offre est bien proposée par « Het Veer », à savoir 20 places de séjour de convalescence mais également de court séjour.

1.7 Centre de court séjour

Il existe actuellement 25 places (agrées ou non). Par ailleurs, 20 places dans le centre « Het Veer » peuvent être occupées pour un court séjour ou pour un séjour de convalescence. En 2022, ces places devraient être au nombre de 382, puis de 514 en 2040 : voir le tableau ci-dessous.

Tableau 6.10 Prévission programmation court séjour

Région Bruxelles- Capitale	2010			2022			2040		
	N	%		N	%		N	%	
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	1086233	79,03%	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	39,70	48759	3,76%	52,01	58133	4,23%	62,01
70-74	33871	3,11%	56,45	41178	3,18%	68,63	50486	3,67%	84,14
75-79	31090	2,85%	51,82	31738	2,45%	52,90	43588	3,17%	72,65
80-84	25282	2,32%	84,27	22362	1,73%	74,54	34061	2,48%	113,54
85-89	17662	1,62%	58,87	15227	1,18%	50,76	21999	1,60%	73,33
90-94	4986	0,46%	41,55	7552	0,58%	62,93	10187	0,74%	84,89
95-99	1735	0,16%	14,46	2174	0,17%	18,12	2425	0,18%	20,21
>100	231	0,02%	1,93	285	0,02%	2,38	345	0,03%	2,88
			349,05			382,26			513,64
Total <60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%		1086233	79,03%	
Total 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Total 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Total 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
Population Bruxellois total	1.089.538,00			1.294.901,00			1.374.537,00		

1.8 Résidences-services / maisons d'assistance

Bruxelles compte actuellement 1.419 places agréées et 481 places prévues (1.900 au total). Si l'on applique la norme de programmation de 2 unités résidentielles pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans, on obtient les chiffres suivants :

Tableau 6.11 Prévission programmation résidences-services

Cat. d'âge	2010		2022		2040	
	# habitants	# Résidences-services	# habitants	# SFG's	# habitants	# SFG's
-59	0	0	0	0	0	0
60-64	0	0	0	0	0	0
65-69	37.222	744	44.238	884	46.959	939
70-74	33.871	677	40.256	805	42.731	854
75-79	31.090	621	36.950	739	39.223	784
80-84	25.282	505	30.048	600	31.895	637
85-89	17.662	353	20.991	419	22.282	445
90+	6.944	138	8.253	165	8.760	175
Total	152.071	3.038	180.736	3612	191.851	3834

Cela signifie qu'il y avait déjà un manque de places en 2010. Le nombre de places requises était de 3.038 en 2010. En 2022 et en 2040, il en faudrait respectivement 3.612 et 3.834.

1.9 Centre d'hébergement

En ce qui concerne les centres d'hébergement, 14.968 places sont actuellement exploitées (10.960 à la COCOM, 3.811 à la COCOF, 197 à la VG). Cependant, la programmation de la COCOM prévoit 12.673 places, celle de la COCOF 5.353 places et celle de la VG 1.255. Le nombre total de places prévues s'élève donc à 19.281.

Tableau 6.12 Préviation programmation de maison de repos

Région Bruxelles- Capitale	2010			2022			2040		
	N	%	Program	N	%		N	%	Program
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	1086233	79,03%	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	389,71	48759	3,76%	510,51	58133	4,23%	608,65
70-74	33871	3,11%	354,63	41178	3,18%	431,13	50486	3,67%	528,59
75-79	31090	2,85%	1302,05	31738	2,45%	1329,19	43588	3,17%	1.825,47
80-84	25282	2,32%	3176,43	22362	1,73%	2809,56	34061	2,48%	4.279,42
85-89	17662	1,62%	4253,19	15227	1,18%	3666,81	21999	1,60%	5.297,58
90-94	4986	0,46%	1670,51	7552	0,58%	2530,22	10187	0,74%	3.413,05
95-99	1735	0,16%	581,29	2174	0,17%	728,38	2425	0,18%	812,47
>100	231	0,02%	77,39	285	0,02%	95,49	345	0,03%	115,59
			11.805,21			12.101,29			16.880,82
Total <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	0,7903	
Total 60-plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Total 65-plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Total 80-plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
Total population Bruxellois	1.089.538,00			1.294.901,00			1.374.537,00		

Si nous appliquons les normes flamandes, concernant les centres d'hébergement à Bruxelles nous constatons une surprogrammation importante: ce n'est qu'en 2040 qu'il sera nécessaire de prévoir des places supplémentaires de celles déjà réalisées. En outre, la VGC indique que la surprogrammation est une moyenne pour Bruxelles, mais n'est pas nécessairement ainsi au côté flamand. En 2010, la programmation contient 11,805.21 lits. Selon la norme Bruxelloise 3540 places devraient être ressorti à VG, tandis qu'il n'y a que 197 places et 1255 sont fournis.

Si nous tenons compte du fait qu'environ 40 % des résidents actuels en maison de repos font parties aux catégories O et A sur l'échelle de Katz, il ne sera même pas nécessaire de prévoir des places supplémentaires en 2040. Par contre, il est important de prévoir un hébergement adapté pour ces membres de catégories O et A, ce qui peut se dérouler par une augmentation substantielle de la programmation des résidences-services combinée à l'élaboration de formes d'hébergement alternatives pour personnes âgées.

1.10 Centre de soins de jour

Les places en centres de soins de jour et en accueil de jour confondus sont actuellement au nombre de 180. À cela s'ajoutent encore 40 places déjà préalablement autorisées.

Tableau 6.13 Préviation programmation centre de soins de jour

Région Bruxelles- Capitale	2010			2022			2040		
	N	%	Program	N	%	Program	N	%	Program
<60	888614	81,56%	0,00	1067013	82,40%	0,00	1086233	79,03%	0,00
60-64	48845	4,48%	0,00	58613	4,53%	0,00	67080	4,88%	0,00
65-69	37222	3,42%	39,70	48759	3,76%	52,01	58133	4,23%	62,01
70-74	33871	3,11%	56,45	41178	3,18%	68,63	50486	3,67%	84,14
75-79	31090	2,85%	51,82	31738	2,45%	52,90	43588	3,17%	72,65
80-84	25282	2,32%	84,27	22362	1,73%	74,54	34061	2,48%	113,54
85-89	17662	1,62%	58,87	15227	1,18%	50,76	21999	1,60%	73,33
90-94	4986	0,46%	41,55	7552	0,58%	62,93	10187	0,74%	84,89
95-99	1735	0,16%	14,46	2174	0,17%	18,12	2425	0,18%	20,21
>100	231	0,02%	1,93	285	0,02%	2,38	345	0,03%	2,88
			349,05			382,26			513,64
Total <60	888614	81,56%		1067013	82,40%		1086233	79,03%	
Total 60- plus	203294	18,44%		227888	17,60%		288304	20,97%	
Total 65- plus	152079	13,96%		169275	13,07%		221224	16,09%	
Total 80- plus	50288	4,58%		47600	3,68%		69017	5,02%	
Total population Bruxellois	1.089.538,00			1.294.901,00			1.374.537,00		

Selon les normes de programmation flamandes, il conviendrait d'augmenter le nombre de places prévues en centres de soins de jour.

349 places auraient déjà dû être prévues en 2010, pour respectivement 383 et 514 places devront l'être en 2022 et 2040.

1.11 Synthèse

De manière générale, nous pouvons affirmer, en tenant compte du fait que les simulations ont été réalisées sur la base des normes de programmation flamandes et à politique inchangée, qu'il conviendra à l'avenir d'investir d'urgence dans tous les établissements, excepté dans les centres d'hébergement. Comme mentionné plus haut il y a à Bruxelles en moyenne une surprogrammation de places de maison de repos.

Tableau 6.14 Résumé du prévisions de programmation

				Simulation sur la base des normes de Communauté flamande		
	Description indices	Programmée	Réalisée	Programmation 2010	Programmation 2022	Programmation 2040
Aide aux familles	Heures	2.021.163	1.252.523	2.929.676,22	3.128.199,36	4.040.731,38
Garde (*)	Heures	-	16.198,35	32.686,00	38.846,00	41.235,00
Soins infirmiers à domicile	Nombres	-	624,00	2.175,00	2.586,00	2.745,00
LDC (**)	Nombres	24,00	12,00	78,00	90,00	96,00
RDC	Nombres	10,00	7,00	10,00	12,00	13,00
Centres de convalescence	Places	60,00	0,00	246,00	292,00	311,00
CS	Places	45,00	45,00	349,05	382,26	513,64
Résidences-services	Places	1.900,00	1.419,00	3.038,00	3.612,00	3.834,00
Centres d'hébergement	Places	19.281,00	14.968,00	11.805,21	12.101,29	16.880,82
CSJ	Places	210,00	180,00	349,05	382,26	513,64
(*) À la COCOM et à la COCOF, les services de garde sont compris dans les services d'aide aux familles						
(**) Il existe une série d'initiatives à la COCOF et à la COCOM qui ne sont pas reprises ici						

Afin de mener une politique cohérente, impliquant toutes sortes de nouvelles initiatives possibles mais aussi une politique de substitution centrée sur les groupes de professionnels et les initiatives, il conviendra tout d'abord de tenir compte de ces éléments, mais aussi d'une instrumentation adaptée pour affiner les normes utilisées ci-dessus et les faire correspondre aux besoins de la politique bruxelloise.

2. Programmation : vers un nouveau modèle de soins

L'étude révèle que l'organisation actuelle des soins n'est ni durable ni efficace, et peu défendable à l'avenir. En soi, on pourrait choisir de poursuivre la politique actuelle telle quelle, mais il serait plutôt indiqué d'adapter le modèle actuel d'organisation des soins aux besoins concrets déjà existants ainsi qu'aux défis futurs. L'étude montre que le modèle de soins peut surtout faire l'objet d'innovations à deux niveaux : macro et meso-micro. Ceci ne change rien au fait que les communautés sont compétentes de façon autonome de la régulation, de la programmation et du financement des soins aux personnes âgées. Les recommandations au niveau macro sont surtout destinées à apporter une offre concertée qui pourra optimiser et augmenter l'efficacité des soins et services dans le contexte Bruxellois.

Voici l'ébauche d'un nouveau modèle de soins, à la fois au niveau macro et au niveau meso-micro. Toutes les informations qui s'y rapportent figurent dans les conclusions et recommandations telles que formulées dans la partie 5.

2.1 Macro : programmation bruxelloise

1. Prévoir un système uniforme et validé d'enregistrement digital pouvant être utilisé de façon systématique par toutes les administrations compétentes et dans les différents domaines et instances exécutives du secteur. Un tel enregistrement centralisé permet de développer une politique « evidence-based ».
2. Bruxelles constitue souvent une région unique et particulière dans le paysage belge. Il n'en va pas autrement dans le domaine des soins. Cette singularité devrait également apparaître clairement dans la réglementation. La réglementation développée pour les communautés devrait prévoir un « test bruxellois » ou un « volet bruxellois » spécifique. Ce chapitre bruxellois pourrait alors tenir compte de la réalité et de la particularité bruxelloises.
3. Il est par ailleurs nécessaire de prévoir une réglementation concertée. Il est opportun d'explorer davantage et d'améliorer ainsi la complémentarité entre les services et les pouvoirs publics. Cela vaut pour les services communautaires mais également pour la collaboration avec les autorités fédérales et locales.
4. Il devrait être possible de développer 1 programmation bruxelloise concertée. Une approche collective améliore et rend plus efficace la recherche d'un équilibre géographique basé sur une vision commune et un certain nombre de critères objectifs : le nombre de personnes âgées, le nombre de personnes vulnérables, la diversité linguistique, des profils de soins différenciés, la diversité culturelle, etc. À cet égard, il est nécessaire de prévoir un modèle de financement concerté pour les soins à Bruxelles.

5. Outre l'élaboration d'une programmation, le contrôle de la qualité des soins délivrés constitue également une compétence importante. Les personnes âgées de Bruxelles ont droit à des soins de qualité, quelle que soit la commune dans laquelle elles vivent ou la communauté à laquelle elles appartiennent. Il appartient aux pouvoirs publics bruxellois (et aux autorités ayant des responsabilités à Bruxelles) de prévoir les structures générales à cette fin.

2.2 Meso – Micro : Soins centrés sur les quartiers

1. Aux Pays-Bas, on parle de « woonservicegebieden ». À Anvers, ce service est appelé « levensloopbestendige wijken » (quartiers adaptés à l'évolution de la vie). Tous ces intitulés renvoient au modèle de soins centrés sur les quartiers. Sur la base de cette étude, nous souhaitons dès lors présenter ce modèle comme nouveau modèle d'organisation des soins à Bruxelles.
2. Si dans les soins résidentiels classiques des personnes âgées, le bien-être et les soins font partie d'une offre intégrée, les deux sont envisagés séparément dans le modèle de soins centrés sur les quartiers. La vie autonome est encouragée le plus possible en optant pour la forme de soins la moins invasive et en donnant plus de pouvoir et d'autonomie aux personnes concernant la façon dont les soins sont organisés. Le logement et les soins adaptés occupent une place importante dans un quartier résidentiel.
3. Chaque quartier a besoin d'une combinaison de logements adaptés à l'évolution de la vie et de formes d'hébergement adaptées aux besoins en matière de soins. Des services et des établissements utiles dans la vie quotidienne doivent être disponibles à distance de marche. Il convient également de prévoir un point central garantissant l'information et la coordination de ces soins, un centre d'activités facilement joignable, le tout dans un quartier sécurisé, agréable et dénué d'obstacles²⁸⁸. Nous visons un concept global holistique rassemblant les différents éléments en même temps. Cela requiert également un champ d'action suffisamment grand (ou une combinaison de plusieurs quartiers résidentiels).
4. Le concept de soins centrés sur les quartiers vise à créer un continuum de soins allant de la vie autonome sans soins au logement adapté avec soins, dans un environnement accessible et sûr pour tous. Il ne s'agit pas « d'isoler » les personnes âgées et dépendantes de soins dans un complexe certes joli mais indépendant, mais au contraire de faire en sorte que l'environnement existant, moyennant les interventions nécessaires, reste ou devienne vivable pour chacun, pour toutes les personnes âgées et en particulier pour les personnes dépendantes de soins. Ce système offre aux personnes âgées l'opportunité de continuer à jouer un rôle actif dans la société, de sortir, de faire des rencontres, mais aussi d'entretenir des contacts et une interaction avec toute la communauté, aussi bien avec les jeunes qu'avec les plus âgés.

²⁸⁸ Maruf S., Demeere S., & Teugels H. (2010). *De thuiszorg onder de loep in Brussel, hoe de ontwikkeling van de woonzorgzones een meerwaarde kan bieden*. Bruxelles : Kenniscentrum Woonzorg Brussel.

5. Il est préférable d'organiser la régie des soins, la coordination des soins et l'intervision au niveau local. Certains quartiers possèdent déjà des organisations/autorités qui remplissent en quelque sorte ce rôle dans la pratique. Il peut s'agir dans certaines localités du CPAS, du centre de voisinage ou encore de la commune, de la maison de repos. Ce service peut-être piloté dans la localité proprement dite ou à distance. Il est important que ce pilotage soit centré sur le processus (comment répondre à la demande de soins du client) et non sur le produit (quel service doit se rendre chez ce client).
6. Le point de départ réside dans le choix des soins les moins invasifs et dans l'encouragement de l'autonomie des personnes concernées. Les personnes âgées sont encouragées, le plus longtemps possible, à aller chercher les services elles-mêmes mais, le cas échéant, les services peuvent être livrés à domicile.
7. Il est nécessaire de prévoir des soins (à domicile) visibles dans la rue, donnant aux personnes potentiellement dépendantes de soins le sentiment rassurant que des prestataires de soins seront là quand elles en auront besoin.
8. Afin de garantir le transfert d'informations, les centres de services et les centres de quartier peuvent constituer des points de contact et des lieux de rencontre accessibles à tous et reconnaissables pouvant servir de base. Les personnes âgées, mais aussi d'autres personnes commençant à avoir besoin de soins, peuvent se tourner vers ces centres pour des (informations sur des) services, des activités de loisirs, des repas chauds, des formations,... De telles activités peuvent devenir des points de contact locaux à la fois pour les personnes âgées et pour les prestataires de soins du quartier, remplissant clairement un rôle en matière d'information, de soutien et de coordination des soins en faveur des personnes âgées et des aidants proches.
9. Outre ce rôle d'information, les centres pourraient également constituer un lieu de réclamation. Ainsi, les professionnels (médecin généraliste, infirmier à domicile,...) mais aussi des voisins inquiets pourraient signaler des problèmes concernant la situation de vie de personnes âgées ou de personnes dépendantes de soins.
10. En ce qui concerne la fonction de prévention, un contact permanent avec le quartier et ses habitants s'avère essentiel. Cette tâche pourrait être assurée par un coach de soins centrés sur les quartiers qui, en tant que personne de confiance, suit la situation de près et détecte les besoins des personnes âgées et dépendantes de soins. Dans le cadre de tels soins de proximité, une attention particulière est accordée à la détection active des besoins. Une fois que ces besoins sont détectés, les personnes âgées peuvent être dirigées vers les soins et le soutien adaptés.
11. Le bien-être et le réseau social des personnes constituent le fondement ou le filet de sécurité d'un quartier de soins. Quand des personnes sont obligées de déménager parce que leur logement n'est plus adapté et qu'elles ne trouvent pas de logement approprié dans le même quartier, leur réseau social s'effrite souvent. La solitude et l'isolement social risquent alors de prendre de l'ampleur. L'accessibilité du quartier, les possibilités d'activités socio-

culturelles et les possibilités de rencontre sont nécessaires pour entretenir les contacts sociaux. Dans un quartier, l'intensité des contacts sociaux entre personnes doit être maintenue.