



**AVANT-PROJET D'ARRÊTÉ DU COLLÈGE RÉUNI DE LA COCOM FIXANT LES NORMES D'AGRÈMENT  
AUXQUELLES DOIVENT RÉPONDRE LES ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL OU D'HÉBERGEMENT POUR AÎNÉS  
PREMIÈRES RÉACTIONS TECHNIQUES**

Rombeaux Jean-Marc,  
Conseiller

La Fédération des CPAS a pris connaissance avec vif intérêt et esprit d'ouverture de l'avant-projet sous rubrique. Une première réaction a été sollicitée pour le 19 août au sein d'Iriscare. Vu la période de vacances, sans préjudice d'une réaction officielle du Comité directeur de la Fédération, ci-après une série d'observations générales qui résument un grand nombre de remarques techniques sur le comparatif entre anciennes et nouvelles dispositions reprises dans un second document. Elles ont été préparées en étroite collaboration avec les CPAS présents au sein de la Commission Grand âge et disponibles fin juillet : Bruxelles, Ixelles, Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe-Saint-Pierre. Il est regrettable qu'un avis sur un texte aussi fondamental soit sollicité dans une période de vacances et donc d'absence.

De façon générale, une série d'intentions sont louables. Il en va ainsi du souhait d'une plus grande participation et ouverture sur le quartier ainsi que d'un meilleur accueil et intégration des nouveaux membres du personnel.

Il n'y a malheureusement plus de statistique officielle sur les prix à Bruxelles. Il est possible d'en donner une estimation hors supplément et dépense pour compte de tiers sur base des classes de prix publiées par Infor-Homes Bruxelles au départ de médianes par classes de prix. A titre illustratif, fin 2021, avant les multiples indexations de 2022, les chiffres estimés étaient les suivants :

Estimation des prix hors suppléments en MR-S bruxelloise- 12.2021		
	Par jour	Idem sur 30 jours
CPAS	56,31	1.689,3
Commercial	63,09	1.892,6
Associatif	62,11	1.863,3
Total	61,65	1.849,6
Données de base Infor-Home – Calculs propres		

Ces chiffres rappellent si besoin l'enjeu de l'accessibilité financière pour les aînés. Par ailleurs, en 2020, en secteur public bruxellois, 36 % des résidents avaient une aide d'un CPAS. Avec des prix élevés, il y a aussi un enjeu en termes de dépenses d'aide sociale.

Ce niveau de prix commande la prudence quant aux impacts financiers des changements proposés. Si une mesure qualitativement défendable implique un surcroît de dépenses, elle doit faire l'objet d'une couverture financière régionale.

Nonobstant commentaires ultérieurs, huit thèmes sont abordés dans les lignes qui suivent :

- la terminologie – maison de vie – trouble cognitif,
- des normes de qualité largement orientées soins,
- une fonction de médecin coordinateur inchangée à ce stade,
- des changements de normes architecturales à subventionner et à réaliser dans un calendrier raisonnable,
- de nouvelles fonctions en matière de nutrition, coordination des activités et de prévention sans à ce stade de personnel et financement en plus,
- un conseil participatif avec un calendrier raisonnable tenant compte de la dynamique des groupes restreints,
- l'absence de mesure en terme d'accessibilité financière,
- la réforme de l'inspection.

### **1. LA TERMINOLOGIE – MAISON DE VIE – TROUBLE COGNITIF**

Dans le cadre de la révision des normes d'agrément MR/MRS, il a été proposé de modifier différents mots. Ainsi "Résident" devient "Habitant", afin de soutenir la notion de la maison de repos (et de soins) comme lieu de vie.

Dans la même philosophie, la Fédération préconise de parler de maison de vie (pour aînés) plutôt que de maison de repos ainsi que de maison de vie et de soins (pour aînés) à la place de maison de repos et de soins.

Pareil foyer a vocation de lieu de vie, avec des soins. Et la vie de tout un chacun n'est point toujours simple et encore moins de tout repos. L'expression maison de vie est de loin préférable. C'est également une façon, certes symbolique, de réaffirmer, vent debout, le primat et la force de la vie sur une sombre période sous les auspices de la destruction.

Elle prône par ailleurs de parler de troubles cognitifs plutôt que de démence. Cela reflète l'évolution du vocabulaire. C'est scientifiquement plus juste : le mot démence est souvent utilisé sans diagnostic d'un spécialiste. Relevons également que ces troubles peuvent être à différents stades et ne sont pas nécessairement majeurs. Last but not least, c'est plus respectueux des personnes et de leurs proches.

### **2. DES NORMES QUALITÉS LARGEMENT ORIENTÉES SOINS**

A la différence de la note introductive, les normes de qualité restent fort orientées soins. Elles prévoient ainsi ce qui suit.

Tout établissement doit disposer au minimum des politiques et plans suivants (art. 192/7) :

- une politique relative à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales ;
- une politique concernant la maîtrise des infections liées aux soins ;
- une politique relative à la prévention des escarres et plaies chroniques ;
- une politique relative aux soins bucco-dentaires ;
- une politique relative à la problématique d'incontinence ;
- une politique relative aux soins de fin de vie ;
- une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger ;
- une politique relative à l'accompagnement des habitants atteints des troubles cognitifs majeurs ou de démence, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, pour les établissements qui accueillent des personnes souffrant de démence.
- un plan de gestion de crise
- une politique relative à l'accueil des nouveaux membres du personnel ;
- une politique visant à développer le bilinguisme français - néerlandais au sein de l'établissement, au niveau de la communication externe et interne.
- un plan diversité et inclusion.

Certes, le plaisir de manger est évoqué ainsi que l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs majeurs. L'ouverture sur le quartier est abordée par ailleurs pour le projet de vie (art. 13).

Sans contester ces différentes politiques, elles laissent le sentiment que l'on reste largement ancré dans le modèle actuel avec la latitude pour la maison de développer davantage l'accompagnement via son projet de vie.

### **3. ... MAIS UNE FONCTION DE MEDECIN COORDINATEUR INCHANGÉE À CE STADE**

Il n'y a pas de changement pour la fonction de médecin coordinateur (art. 192 XX). Intellectuellement, la pérennisation de la dualité médecin coordinateur en MRS et médecin référent en MR est sujette à débat même si en secteur public toutes les maisons ont dorénavant un MCC puisque MRS pour partie.

Avec l'épisode de la Covid, le rôle des médecins coordinateurs a évolué. Au Sud du Pays, ses missions ont été revues. Trois enseignements intéressants y ont notamment été tirés en termes de nouveaux rôles :

- « - *coordonner la politique de soins (programme de dépistages, de vaccination...).* Pour ce qui est des médicaments, le médecin coordinateur et conseiller sensibilisera à leur usage rationnel.
- *si la situation le nécessite, organiser la prescription et la distribution de médicaments y compris les médicaments d'urgence en concertation avec les pharmaciens*
- *veiller à obtenir un certificat médical qui donne les indications de suivi de traitement et l'état sanitaire du résident au retour d'une hospitalisation, en cas d'épidémie. Il est informé du portage par un résident d'un germe potentiellement dangereux pour la communauté; »*

Rien de tel ou similaire à ce stade à Bruxelles. Ce ne serait pas du luxe, notamment à l'approche d'une possible nouvelle vague automnale.

### **4. DES CHANGEMENTS DE NORMES ARCHITECTURALES À SUBVENTIONNER ET À RÉALISER DANS UN CALENDRIER RAISONNABLE**

Le nouveau texte prévoit notamment :

- la généralisation de l'internet sans fil (art 170 et 176/2);
- la présence de pare-soleil extérieurs aux fenêtres, à l'exception des baies situées sur les façades orientées nord-est, nord, et nord-ouest (art. 175);
- des lits à hauteur variables. C'est déjà le cas en maison de repos et de soins, mais pas encore en maison de repos (art. 167, par. 2);
- tous les locaux accessibles aux habitants suffisamment spacieux afin de permettre à une personne à mobilité réduite de se déplacer facilement (176/2).

Le principe de ces changements est compréhensible. Parmi les résidants, le wifi entre dans les mœurs et devient un must have (« nécessité ») pour rester en contact avec leurs proches ainsi que la société. C'est aussi utile pour le personnel dans l'exercice de sa fonction en cas d'usage de tablette. Avoir des pare-soleils extérieurs, outre ceux à l'intérieur, constitue un potentiel plus dans un contexte caniculaire, hélas appelé à être plus fréquent à l'avenir. Le lit à hauteur variable est une prévention des lombalgies et d'une série d'accidents de travail. Pareil lit est toutefois onéreux : 1800 euros avec l'équipement de base et sans les matelas est un ordre de grandeur. En secteur public, même si la norme des lits à hauteur variable est déjà largement respectée dans nombre de maisons, certains n'en disposent pas encore de façon généralisée. C'est également la règle dans une nouvelle construction. Vu que nombre de résidants sont en chaise roulante, l'accès des locaux aux PMR se comprend aisément. C'est le cas de la plupart de ces locaux, mais pas de tous.

Pour assurer le respect de ce nouveau socle, il faudra trouver des firmes ou entrepreneurs disponibles dans un contexte où les prix du secteur de la construction ont flambé et où les délais de livraison sont plus longs. En outre, en secteur public, des marchés publics seront à passer.

L'installation de pare-soleils extérieurs va aussi être source d'inconfort pour les résidents actuels puisqu'il faudra à certains endroits travailler chambre par chambre avec des chambres en majorité occupées. Le changement profitera surtout pour les suivants. Une option serait d'installer à chaque sortie définitive, mais il est douteux que les entrepreneurs acceptent. Par ailleurs, ne faudrait-il pas se renseigner sur les techniques appliquées en hôpital et en tenir compte ? Sauf erreur, le pare-soleil y est interne et donne un résultat correct terme de protection de la chaleur. Le recours à une technique équivalente pourrait être assimilé. Une alternative est que cela s'applique aux nouvelles constructions ou aux bâtiments faisant l'objet d'une importante transformation. Elle est qualitativement moins satisfaisante.

Vu ce contexte, il est impératif de prévoir une période transitoire suffisante pour les nouvelles exigences architecturales d'au moins deux ans pour le wifi ainsi que les lits à hauteur variable ; de cinq ans pour les pare-soleils extérieurs et l'accès des locaux aux personnes à mobilité réduite. De plus, des subventions à l'investissement devront suivre à due concurrence. A défaut, dans un contexte déjà inflationniste, de nouvelles hausses de prix s'imposeront pour financer les travaux.

Par ailleurs le texte prévoit une salle distincte pour l'exercice de la pratique collective de la kinésithérapie et de l'ergothérapie (art. 192). Aujourd'hui, une salle polyvalente est requise pour ces deux pratiques et cela ne pose pas problème. Vu la rareté de l'espace et l'absence de plus value, il convient de garder cette notion de salle polyvalente.

## **5. DE NOUVELLES FONCTIONS EN MATIERE DE NUTRITION, COORDINATION DES ACTIVITES ET DE PREVENTION SANS A CE STADE DE PERSONNEL ET FINANCEMENT EN PLUS**

*Comme précisé dans la note technique reçue « certaines propositions portent sur la définition de nouveaux rôles pour les membres du personnel de l'établissement. Il est prévu d'augmenter les normes d'encadrement afin de permettre aux établissements de se doter du personnel compétent, ou de libérer du temps au personnel déjà en place pour exercer ces nouveaux rôles. Le projet d'arrêté financement sera présenté fin 2022, sous réserve des négociations budgétaires. »*

### **5.1. Coordinateur nutrition**

Un membre du personnel compétent en matière de nutrition serait à désigner comme coordinateur de la nutrition et du plaisir de manger. Ce membre du personnel serait responsable de l'élaboration et du suivi d'une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger (art. 135/1).

L'établissement disposerait d'une politique nutritionnelle écrite qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger et qui prévoit notamment des procédures ou protocoles documentés et appliqués pour :

- l'analyse et le suivi des graphiques reprenant les pesées, reprenant au minimum le suivi du poids, de la taille et du BMI de chaque habitant au moins une fois par mois.
- le dépistage précoce de la dénutrition et la déshydratation ainsi que
- le suivi de l'habitant dénutri et déshydraté ;
- la prise de suppléments nutritifs oraux en cas d'apports en énergie ou protéines insuffisants, notamment via un enrichissement naturel des menus. Ces suppléments ne sont prévus qu'après recours à tous les moyens d'alimentation classiques.

Ces propositions sont inspirées des travaux de 2018 du groupe de travail "alimentation" organisé au sein du conseil consultatif de la Santé et de l'aide aux personnes de la COCOM et largement alimentés par la Fédération.

Néanmoins, cela s'ajoute à tout ce qui est déjà fait. S'il s'agit d'une personne en plus, elle doit être financée. Sinon, il y aura moins de présence en termes de soins dans un contexte de pénurie.

Sans préjudice d'autres remarques sur cette fonction, la Fédération ne peut que dès lors réitérer sa demande de la présence financée d'une diététicienne et d'une logopède en plus des normes actuelles.

## **5.2. Coordinateur vie communautaire**

Il est prévu de créer un rôle de coordinateur de la vie communautaire afin de soutenir l'activité du conseil participatif (art 159). Ce coordinateur serait en charge de :

- l'organisation et de la coordination des activités ;
- l'ouverture de l'établissement sur la vie du quartier et la mise en place de collaborations avec des organisations extérieures ;
- l'animation du conseil participatif.

Bon nombre d'activités sont déjà organisées par des animateurs et/ou ergothérapeutes. Elles n'ont pas à l'être par ce coordinateur. Il y a déjà une personne qui s'occupe de l'organisation du conseil participatif. Un seul titulaire pour ce poste poserait difficulté en cas d'absence/vacances. A la limite, quand ce coordinateur est en congé, il n'y a plus d'activités. Il serait souhaitable de prévoir au moins deux coordinateurs qui se partagent les tâches.

Comme pour le coordinateur nutrition, cela se superpose à tout ce qui est déjà fait. S'il s'agit d'une personne en plus, elle doit être financée. Sinon il y aura moins de présence en termes de soins dans un contexte de pénurie.

## **5.3. Réfèrent en matière de prévention**

Pour garantir la qualité de l'accompagnement et des soins des habitants, l'établissement devrait disposer d'un membre du personnel infirmier référent en matière de prévention (art. XX, entre 190 et 191).

Est visée la prévention des chutes, des escarres, des épidémies, etc.

A minimum, il conviendrait de préciser qu'il s'agit de la prévention en matière de soins.

En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes (art. 192,XX, par. 2):

(a) Tâches liées aux soins :

- organiser la concertation multidisciplinaire qui a lieu au moins tous les deux mois ; (...)
- mettre en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs ;(..)

A notre estime, ce rôle de prévention est à assumer par le médecin coordinateur avec l'infirmier-chef. Ce référent n'a dès lors pas lieu d'être.

## **6. CONSEIL PARTICIPATIF – UN CALENDRIER RAISONNABLE TENANT COMPTE DE LA DYNAMIQUE DES GROUPES RESTREINTS ET DES DOMAINES D'INTERET DES MEMBRES**

Aujourd'hui, le conseil participatif se réunit une fois par trimestre. Demain ce serait une fois par mois (art. 10).

Le conseil participatif participerait au moins à (art. 11) :

- l'élaboration et l'évaluation de la politique d'accueil des aînés,
- l'élaboration et l'évaluation du projet de vie d'établissement et de ses objectifs opérationnels,
- le cas échéant du plan d'action d'amélioration des pratiques,
- l'élaboration et l'évaluation du programme d'activité, en ce y compris l'évaluation des collaborations avec les services et organismes extérieurs,
- l'élaboration et l'évaluation des menus.

La participation renvoie à une culture de travail du personnel. En pratique, dès aujourd'hui, l'organisation du conseil participatif n'est point toujours simple. Un travail préparatoire conséquent est nécessaire et la présence des résidents n'est pas toujours à hauteur des attentes. Il serait plus raisonnable de passer à une fréquence bimestrielle.

Tous les résidents ne sont pas intéressés par toutes les thématiques. Les groupes restreints sont souvent plus efficaces. Il serait également souhaitable de laisser à ce conseil participatif la faculté de siéger en composition adaptée pour mieux traiter certains sujets.

## **7. ABSENCE DE MESURE EN TERME D'ACCESSIBILITE FINANCIERE**

Lors des consultations, des mesures sur l'accessibilité financière avaient été discutées.

Il avait été suggéré un relèvement des montants de l'APA.

Certaines mesures appliquées au niveau wallon avaient été rappelées<sup>1</sup>:

- la hausse du prix d'hébergement ou d'accueil ne peut pas, sur une année civile, dépasser cinq pour cent au-delà de l'indexation des prix à la consommation survenue depuis la dernière augmentation de prix ;
- le droit au maintien du prix d'hébergement tel qu'appliqué au moment du déménagement est acquis au résident qui est présent avant le début des travaux d'une nouvelle construction, des travaux de transformation de l'établissement pour aînés sur le même site ou de nouvelle construction ou réhabilitation sur un autre site impliquant le transfert des places de l'établissement existant ;
- le premier prix notifié pour information à l'Aviq dans le cadre de la construction d'un nouvel établissement, d'une extension et d'un reconditionnement sera accompagné d'un dossier explicatif du prix sur la part de chacune de grandes rubriques de charges que sont l'immobilier, les frais de personnel, les frais d'exploitation, les taxes et les impôts pour les établissements qui y sont soumis. Ce premier prix ne peut faire l'objet d'aucune ristourne durant les six mois qui suivent la notification.

La proposition ne prévoit rien. C'est surprenant vu le problème d'accessibilité financière (cf supra les niveaux de prix de base). Plus fondamentalement, cette réforme peut être l'occasion, comme la Wallonie l'a fait d'intégrer, toute autre chose étant égale par ailleurs, les normes figurant dans l'Arrêté ministériel fédéral du 12 août 2005 portant dispositions particulières en matière de prix pour le secteur des établissements d'accueil pour personnes âgées.

---

<sup>1</sup> Notamment la Circulaire n°2019/05 DA de l'Aviq sur les obligations relatives au prix

## **8. LA REFORME DE L'INSPECTION**

Lors des consultations préalables, la réforme de l'inspection a aussi été débattue. Plus récemment, le secteur a été sondé via un questionnaire et un world café a été organisé.

Quand les textes seront prêts, la Fédération sera à consulter. Une attente souvent exprimée est que l'inspection ne soit pas seulement dans un rôle de contrôle, mais aussi de conseil et accompagnement. Ainsi Iriscare collecte les procédures du terrain. Des documents types préparés par cet OIP sur cette base permettraient une forme de mutualisation ou synergie et éviteraient que chaque gestionnaire fasse seul un travail d'écriture.

Par ailleurs, autant que possible il est préférable de mettre toutes les normes dans l'arrêté et non certaines dans une circulaire de sorte à avoir une centralisation des règles et ainsi faciliter la vie de toutes les parties prenantes.