



POLITIQUE DES AÎNÉS

Le lecteur trouvera, dans les pages qui suivent, un dossier complet sur la politique des aînés dans les communes et CPAS wallons. Le premier article est rédigé par Myriam Leleu, Sociologue et Gérontologue, Assistante de recherche à l'UCL, et Olivier Masson, Ingénieur civil - Architecte, Professeur à l'UCL, concernant le projet Wada (Wallonie Amie Des Aînés). Celui-ci est ensuite agrémenté de portraits d'acteurs locaux en cette matière. Viennent ensuite un article de Valérie Desomer, Conseiller au Centre de formation de la Fédération des CPAS, concernant le PSPA (Projet de Soins Personnalisé et Anticipé) et un article de Jean-Marc Rombeaux, Conseiller expert à la Fédération des CPAS, concernant les perspectives futures en matière de maisons de repos.

LE VIEILLISSEMENT ACTIF Wallonie Amie Des Aînés

Étude-pilote pour une approche méthodologique
intégrée en faveur de « communes amies des aînés »

MYRIAM LELEU

Sociologue et Gérontologue, Assistante de recherche, UCL (Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, d'urbanisme), Maître-assistante en Haute Ecole

OLIVIER MASSON

Ingénieur civil architecte, Professeur, UCL (Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, d'urbanisme)

« **V**ieillir en restant actif est un processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. » (OMS, 2002, p. 12)

Par définition, une Ville Amie des Aînés (VADA) « adapte ses structures et ses services afin que des personnes âgées aux besoins divers puissent y accéder et y avoir leur place » (OMS, 2007, p. 1). C'est dans le cadre d'un vieillissement actif et en santé que s'intègre cette perspective qui vise une optimisation de «... la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés... » (OMS, 2007, p. 1). On entre ainsi dans l'idée d'une société qui adapte ses structures et son organisation aux besoins et effets du vieillissement et non de personnes âgées qui se soumettent à une société non modulable.

Si on observe un intérêt pour l'engagement social et l'activité des aînés dès les années 1950 avec la constitution d'une science nouvelle, la gérontologie sociale, la notion de vieillissement actif en tant que telle remonte aux années 1990, période durant laquelle la conscience des effets du vieillissement démographique se fait plus marquante. Répondre au défi du vieillissement passe alors par une double perspective : d'un côté, un allongement du temps de travail et le soutien des travailleurs âgés, et, d'un autre côté, un vieillir actif et en santé axé sur la participation sociale et la citoyenneté. On peut présupposer que la deuxième perspective va dans le sens d'une société en mouvement qui cherche à se transformer au regard des besoins réels de sa population.

Un peu d'histoire

Dès 1982, se tient une première Assemblée mondiale sur le vieillissement à Vienne durant laquelle les Nations Unies adoptent un Plan international sur le vieillissement, qui se penche sur la nécessité d'élaborer des politiques et actions générales en faveur de l'épanouissement des personnes âgées. En 1996, dans sa Déclaration sur le vieillissement et la santé (Brasilia), l'Organisation Mondiale de la Santé préconise que « lorsqu'elles sont en bonne santé, les personnes âgées (sont) une ressource pour leur famille, leur communauté et l'économie » (OMS, 2002, p. 5).

En 2002, lors de la deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement qui se tient à Madrid, l'Organisation Mondiale de la Santé propose un plan d'action visant un vieillissement actif et en santé (OMS, 2002). Ce plan d'action tirait lui-même ses principes des valeurs préconisées en promotion de la santé dans la Charte d'Ottawa de 1986. C'est pendant la séance d'ouverture du XVIII^e Congrès mondial de Gérontologie et de Gériatrie à Rio de Janeiro (Brésil), en juin 2005, qu'a été conçu le projet « Villes-amies » des aînés. En 2006, une vaste consultation fut lancée par l'OMS auprès de 33 villes issues de 22 pays, dont Sherbrooke au Québec, qui « s'engageaient dans une démarche d'identification des besoins des aînés vivant en milieu urbain en les impliquant eux-mêmes, ainsi que ceux et celles qui leur offrent du soutien (proches aidants) et des services (fournisseurs) » (Garon, Beaulieu, Veil, 2008).



Suite à cette consultation, l'Organisation Mondiale de la Santé proposera en 2007 une opérationnalisation du vieillissement actif au travers des « Villes et communautés amies des aînés » (Moulaert, Houioux, 2013, p. 289) ou « Age-friendly Cities and Communities ». Notons ici que la terminologie anglaise englobe tous les âges et qu'il conviendrait plutôt de parler de « Villes et Communautés Amies des Aînés et de tous les âges ». L'objectif majeur est « d'inciter les villes à mieux s'adapter aux besoins des aînés de façon à exploiter le potentiel que représentent les personnes âgées pour l'humanité » (OMS, 2007, cité par Moulaert, Houioux, 2016, p. 293).

Le contexte wallon

En 2012, à l'occasion de l'Année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations, le Gouvernement fédéral s'est intéressé à l'ensemble des domaines concernés par le vieillissement actif. Si l'emploi des seniors reste un point important, il met en avant d'autres pratiques en matière de santé et de participation sociale. En Région wallonne, les responsables politiques décidèrent de s'inspirer du cadre de l'OMS et lancèrent un premier appel en faveur des « Communes, Provinces, Régions Amies des Aînés » en 2012-2013 ; soixante projets furent financés dans ce cadre (Moulaert, Houioux, 2016). Douze furent ensuite observés en particulier, dont la ville de Mons, reconnue Ville Amie des Aînés par l'OMS en 2014.

En 2015, s'appuyant sur les réalisations des projets observés, la Région wallonne a décidé de soutenir un deuxième programme afin d'approfondir les tenants et aboutissants d'une Ville Amie des Aînés (VADA). Il s'agit du projet de recherche-action participative *Wallonie Amie Des Aînés. Etude-pilote pour une approche méthodologique intégrée en faveur de « communes amies des aînés »*.

Six communes-pilotes bénéficient d'un accompagnement visant une appropriation effective de la démarche VADA : Braine-l'Alleud (Province du Brabant wallon), Farciennes (Province de Hainaut), Vaux-sur-Sûre (Province du Luxembourg), Namur (Province de Namur), Malmedy et Sprimont (Province de Liège). Le choix s'est fait sur base des critères suivants : la présence d'un Conseil Consultatif Communal des Aînés (CCCA), un pourcentage significatif de personnes de plus de 60 ans, des environnements diversifiés (urbain, périurbain ou rural), une répartition dans des provinces différentes. Le conseil communal de ces communes s'est par ailleurs engagé officiellement à soutenir le travail effectué dans le cadre de WADA.

La première phase du projet, étalée sur deux années (2016-2017), a été coordonnée par la Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, d'urbanisme de l'Université catholique de Louvain. Elle est financée par l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)¹ de la Région wallonne, suite à une décision de Maxime Prévot, Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine.

¹ Avec le soutien financier de la Wallonie (subvention n°15 52 115, visa 15/22 398).



Une deuxième phase, qui s'étendra sur trois ans (2018-2020), connaîtra une co-coordination de l'UCL et de l'AViQ, suite à une décision d'Alda Greoli, actuelle Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Égalité des Chances, de la Fonction publique et de la Simplification administrative.

Ces deux phases correspondent au temps nécessaire pour devenir une Ville Amie des Aînés. En effet, les expériences menées au Québec, en France, en Grande-Bretagne et ailleurs montrent que devenir une Ville Amie des Aînés est un processus qui s'étend sur cinq années. Deux années sont consacrées à l'établissement d'un diagnostic et trois années à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions déterminées à partir du diagnostic.

WADA s'appuie sur un partenariat avec la DGO5 du Service Public de Wallonie, la Coordination des Associations de Seniors (CAS), la Fédération des CPAS de l'Union des Villes et Communes de Wallonie, l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), la Fondation Rurale de Wallonie et les Universités de Grenoble (France) et de Sherbrooke (Québec). Toutefois, WADA ne pourrait exister sans une réelle participation des aînés et des acteurs locaux, tels que les élus, les agents communaux, des CPAS, des Plans de Cohésion Sociale (PCS), des Centres locaux de Promotion de la Santé (CLPS), etc. On peut estimer à plus de 150 le nombre de personnes actuellement impliquées dans le projet au niveau local.

L'OMS, la France, le Québec, Manchester (Grande-Bretagne) ont produit des guides et outils qui ont servi à la réflexion pour la construction d'une méthodologie propre à la réalité wallonne. Celle-ci apparaîtra d'ailleurs dans un guide à l'intention des communes, des CPAS et des CCCA de l'ensemble de la Région Wallonne qui souhaiteraient mettre en place, développer et accompagner une démarche VADA. À terme, ce guide serait un outil privilégié au service des pouvoirs publics et du monde associatif pour parvenir à une WADA, Wallonie Amie des Aînés; il serait le ciment d'une véritable « communauté de pratiques » en la matière. Celui-ci devrait être édité à l'automne 2018 par la Région wallonne. Il permettra alors d'étendre le processus VADA à toute la Wallonie en passant, par étapes successives, de six² à une majorité de communes wallonnes, et pourquoi pas aux 262 communes que compte la Wallonie.

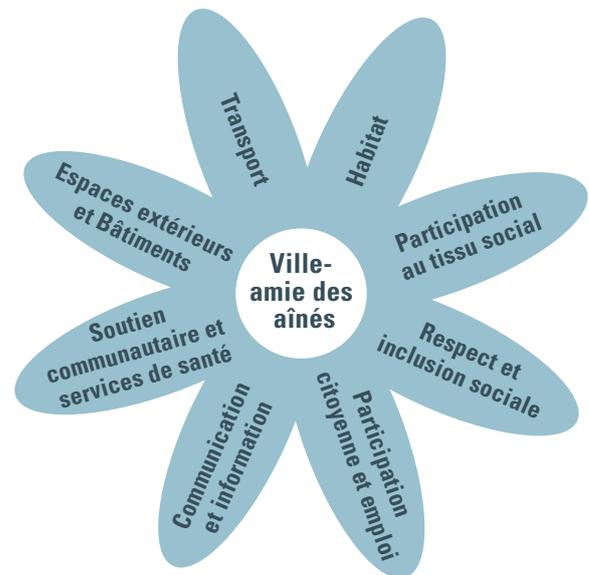
En tant que recherche-action participative, WADA mobilise pour atteindre cet objectif :

- la recherche, avec la production de savoirs scientifiques grâce à la compilation et l'analyse de données liées à l'observation du processus WADA,
- l'action, par la production de savoirs pratiques, dont les pistes d'action ciblées sur les besoins des aînés,
- la participation, qui se traduit par la rencontre d'expertises et d'expériences de générations différentes, dans un processus de co-construction mené « avec... par... pour... les aînés ».

² En réalité, une dizaine de communes wallonnes sont déjà engagées dans le processus.

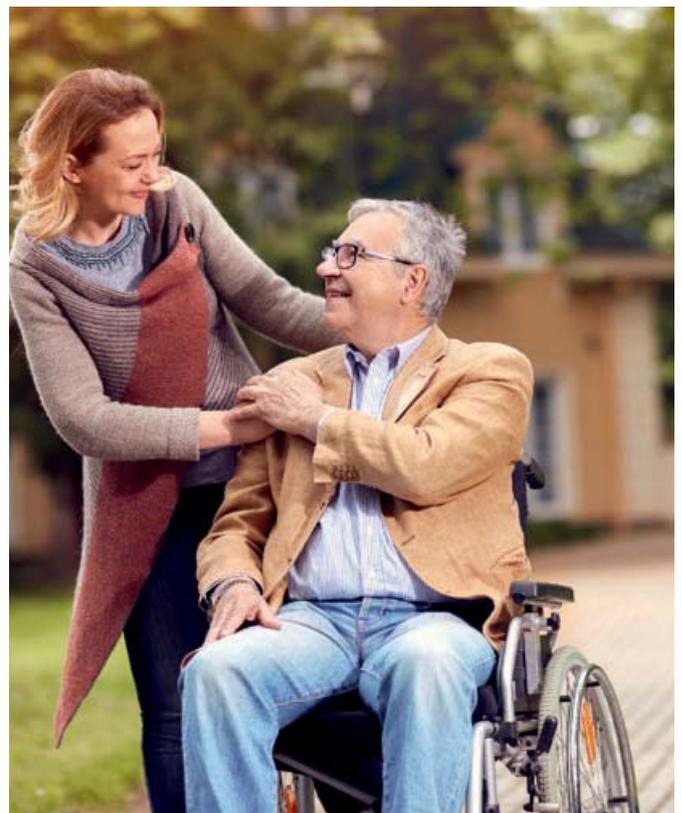
La démarche VADA

Le principe sous-jacent à toute Ville Amie des Aînés provient du Guide mondial des villes-amies des aînés (OMS, 2007, p. 9). Derrière le graphisme d'une 'fleur' à huit pétales, on trouve un cadre conceptuel élaboré suite à la consultation, organisée entre septembre 2006 et avril 2007, de 158 groupes totalisant 1485 participants issus de 33 villes dispersées dans le monde (OMS, 2007, p. 7).



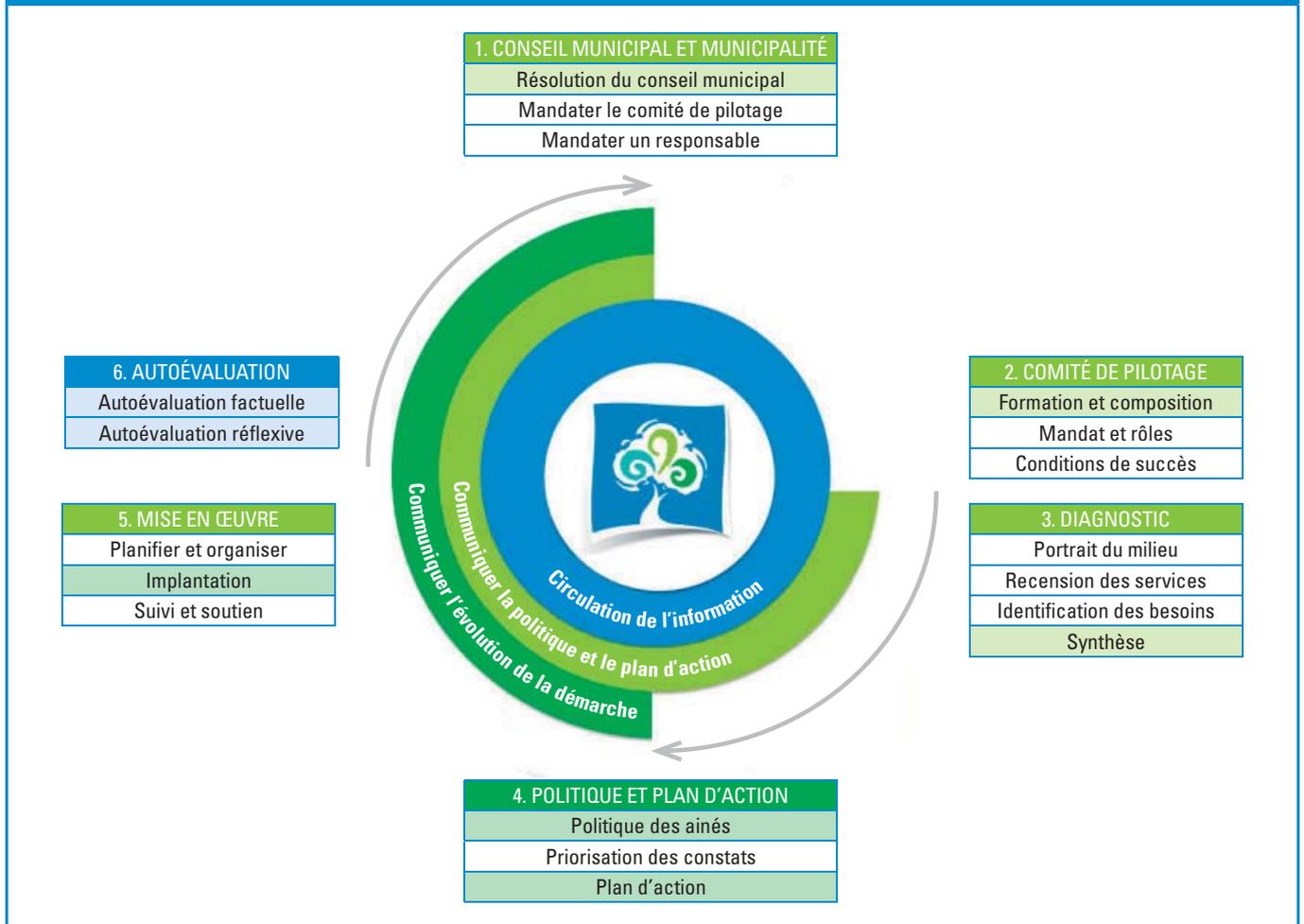
8 domaines qui peuvent influencer sur la santé et la qualité de vie des personnes âgées.

3 grands axes: santé, sécurité, participation.





LA DÉMARCHE MUNICIPALITÉ AMIE DES ÂNÉS AU QUÉBEC



Ces huit domaines font l'objet du diagnostic mené dans les six communes-pilotes, au travers d'une double approche socio-spatiale. Leur formulation, s'inspirant en partie du guide français des villes amies des aînés (Lefèvre, Chapon, 2014, p. 76), paraît correspondre de manière adéquate au contexte wallon :

- Bâtiments publics, espaces extérieurs et accessibilité
- Habitat, environnement proche et services de proximité
- Transport et mobilité
- Communication et information
- Lien social et engagement citoyen, solidarités, volontariat, emploi
- Vie sociale et récréative, culture, loisirs
- Services sociaux et de santé
- Respect, inclusion sociale et représentations sociales des générations

L'expérience québécoise invite à travailler ces domaines et leur cohérence d'ensemble à travers 6 étapes (Équipe de recherche VADA-Québec, Carrefour action municipale et famille, 2014, p. 15).

3 étapes de planification ➔ 2 ans

2 étapes de mise en œuvre ➔ 3 ans

1 étape d'évaluation ➔ continuité de la démarche

Inspiré du schéma québécois, la démarche menée en Région wallonne voit ses six étapes renommées en fonction d'une appropriation régionale. Elle se distribue en deux phases, la première étendue sur 2 années et la deuxième sur trois années.

Phase 1 :

- accord des élus et du CCCA et validation de l'adhésion des communes au projet WADA,
- création d'un tandem-référent et lancement de la démarche par une initiation au processus VADA et des formations aux méthodes d'observation,
- élaboration d'un diagnostic via la récolte de données sur la population, les ressources et les besoins des aînés,
- analyse et synthèse des données en vue de la formulation d'un plan d'action.

Phase 2 :

- mise en œuvre des actions énoncées dans le plan d'action,
- évaluation du dispositif WADA et des actions réalisées.



Appropriation par les communes des premières étapes de la démarche

WADA se caractérise par l'affirmation des compétences des aînés, et non leur stigmatisation axée sur des fragilités supposées, une transversalité dans l'action et l'association d'acteurs publics, associatifs et privés dans une logique collaborative. Soutenue à partir d'un Comité de Pilotage Régional (CoPiR), la démarche WADA est accompagnée par des Comités de Pilotage Locaux (CoPiL). Le CoPiL peut être formé en amont de la démarche ou en aval, selon les volontés des participants des communes-pilotes. Le travail de terrain est organisé à partir d'un tandem-référent (ou trio ou quatuor), composé a minima d'un aîné (via le CCCA, parfois élargi à des candidatures externes) et d'un agent administratif (de la commune et/ou du CPAS).

Quel est l'écho des six communes-pilotes à ce propos ? Malmedy a créé un Comité de Pilotage local dès le début de WADA tandis que Braine-l'Alleud, Vaux-sur-Sûre et Sprimont ont préféré travailler en groupe de travail et constituer un Comité de Pilotage en aval, dans les suites de l'élaboration du plan d'action issu du diagnostic. C'est ce qui s'est d'ailleurs passé à Mons, dont l'expérience est régulièrement transmise par l'Observatoire de la Santé du Hainaut qui accompagne cette commune dans son développement de Ville Amie des Aînés. À Farciennes, le projet est coordonné localement par le CCCA, unique cas wallon d'un CCCA constitué en asbl. La commune de Namur mène quant à elle une démarche WADA dans un quartier spécifique, la Cité Germinal, démarche avant tout ciblée sur la reconstruction d'un tissu social marqué par la précarité et l'isolement des aînés ; il faut noter ici que ce projet est soutenu par la Province de Namur. Les acteurs membres des différents groupes de travail et comités de pilotage sont les suivants, avec bien sûr des variations selon les communes³ :

- des aînés membres des CCCA, représentant des associations ou volontaires issus de la population,
- des agents administratifs des communes, CPAS, PCS, CLPS,
- des élu(e)s, échevin(e)s, président(e)s de CPAS, etc.

La démarche suivie dans WADA situe la constitution du comité de pilotage ou groupe de travail soutenu par un tandem-référent, à la fois dans la phase de lancement de la démarche, mais aussi dans la continuité du processus, au vu des entrées

et sorties des personnes impliquées et des apports ponctuels de certains acteurs. Par exemple, à Vaux-sur-Sûre, le chef des travaux adjoint participe à toutes les rencontres locales et exécute rapidement certains changements nécessaires et possibles (dénivellement des trottoirs face aux maisons occupées par des personnes âgées, dégagement des accotements envahis d'herbe en raison du fauchage tardif, etc.). Tandis que Mons a constitué un comité de pilotage invitant des acteurs et élus choisis en fonction des actions à mettre en place suite à la construction du plan d'action.

Le diagnostic est triple. Il consiste en :

- un diagnostic « population » visant à établir le profil socio-démographique des communes,
- un diagnostic « ressources » visant à faire le point sur l'état des services et ressources disponibles pour les aînés,
- un diagnostic « besoins » visant à identifier les besoins et aspirations des aînés via leurs paroles et observations.

Dans le cas du diagnostic des besoins, les méthodes suivantes ont été proposées et réalisées : soit des entretiens qualitatifs à visée compréhensive, soit des focus groupes rassemblant des acteurs autour d'un thème spécifique. Ces deux méthodes ont systématiquement été associées à un diagnostic en marchant, aussi qualifié de marche exploratoire⁴. Ce sont les aînés, membres des groupes de travail et comité de pilotage, qui ont effectué ces observations. D'autres approches méthodologiques sont possibles comme le forum communautaire ou des enquêtes par questionnaire, mais elles n'ont pas été mises en œuvre dans l'actuel processus WADA.

Concernant les entretiens qualitatifs, la base de l'échantillonnage repose sur les critères suivants : âge, genre, état civil, santé, activité professionnelle, classe sociale, entourage, origine culturelle, lieu de vie. Une attention particulière est portée aux personnes vivant en maison de repos, en situation de précarité et d'isolement social, connaissant des problèmes de dépendance et/ou de perte d'autonomie. Au niveau des âges, trois groupes ont été distingués, à l'instar de ce qui s'est pratiqué à Mons par l'Observatoire de la Santé du Hainaut : les 55-64 ans, généralement actifs, éventuellement aidants proches ; les 65-74 ans, libérés du travail, en 'santé', potentiellement attirés par une participation sociale accrue ; les 75 ans et plus, marqués par l'avance dans le vieillissement et une augmentation des fragilités.

Relevons ici le caractère inédit dans le paysage VADA du croisement entre expertise sociale et expertise spatiale, qui donne une ampleur inattendue et pertinente au projet de recherche-action. Les diagnostics en marchant, soutenus par une cartographie qui allie social, spatial, histoire et mémoire, se révèlent être tout à fait complémentaires aux diagnostics menés par entretiens ou focus-groupes. Au-delà de cette complémentarité, ils dynamisent le processus WADA en le rendant concret aux yeux des participants. Plus encore, ce type de diagnostic en immersion dans les espaces de vie permet

³ Cette liste n'est pas exhaustive vu l'hétérogénéité de l'appropriation de la démarche WADA par les communes.

⁴ Cf. Fiche-action « Marche exploratoire des aînés de Loretteville » (REIACTIS, 2016).



d'ouvrir un intérêt parfois faible à la perspective d'une Ville Amie des Aînés et agit comme élément déclencheur, voire comme moteur d'une dynamique VADA. Cet aspect innovant est lié à l'implantation de la recherche-action dans une Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, d'urbanisme. Une réelle association scientifique des dimensions environnementales/spatiales et sociales y est rendue possible et permet d'envisager des plans d'action hiérarchisés et spatialisés.

Premières conclusions sur les particularités wallonnes

L'expérience menée en Wallonie à ce jour a mis en évidence quelques éléments-clés :

- l'impact de la réalité locale, en termes de territoire, de disponibilité des acteurs, de choix politiques, d'histoire de la cité sur le développement d'une VADA,
- l'importance et la reconnaissance des actions 'aînés' déjà réalisées,
- les enjeux individuels et collectifs, d'ordre personnel, politique, administratif,
- le poids des associations et leur implication effective,
- l'adaptation du processus aux temporalités variables des communes,
- la faculté de rebondissement des acteurs face aux 'fenêtres d'opportunités', etc.

Parmi les éléments facilitateurs, on peut relever :

- le soutien des acteurs locaux,
- l'engagement des pouvoirs publics,
- une mobilisation effective des aînés,
- des tandems-référents actifs et impliqués,
- le caractère original du projet, son aspect participatif,
- un cadre méthodologique précis, sécurisant mais modulable,
- des références positives (Mons en Belgique, Manchester en Grande-Bretagne, Drummondville, Montréal, Sherbrooke au Québec, Dijon, Bordeaux en France, etc.),
- une coordination disponible, souple, à l'écoute et en recherche d'alliances et de co-construction avec les différents acteurs,
- des temps d'échanges formels et informels, en externe, entre les communes-pilotes (journées d'échanges), en interne, entre les acteurs locaux et les différents partenaires, etc.

Des difficultés jalonnent toute démarche. En voici quelques-unes présentes dans WADA :

- la complexité des enjeux,
 - des blocages émanant de certains acteurs,
 - des éléments aléatoires comme la santé des référents locaux, des aînés,

- l'appréhension du poids de la démarche,
 - la peur d'un effort inutile,
- un sentiment de 'déjà vu',
- une démotivation, temporaire ou non, liée au travail à effectuer,
 - une instrumentalisation des aînés au service d'enjeux non maîtrisables, etc.

WADA, un levier vers la citoyenneté des aînés

Bien plus qu'un label octroyé par l'Organisation Mondiale de la Santé, devenir Ville Amie des Aînés s'inscrit dans un véritable processus participatif qui demande des interactions permanentes entre les aînés, le terrain et les élus, les décideurs. Cela suppose que les aînés participent réellement à l'élaboration d'un diagnostic concernant les ressources mises à leur disposition, leurs besoins et aspirations ainsi qu'à la mise en œuvre d'actions concrètes soutenant qualité de vie et vieillir actif. On peut détecter dans ce processus un acte d'*empowerment*, redéfini en langue française comme *développement du pouvoir d'agir*, qui confère aux acteurs, en l'occurrence ici des acteurs âgés, une triple faculté de choix, de décision et d'action (Ninacs, 2008, p. 15-16).

Pour Ninacs, « *Toute approche centrée sur l'empowerment est fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement ont ou peuvent acquérir les capacités pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer leur accès à ces ressources, voire les contrôler* » (Ninacs, 1995, p. 70). WADA s'inscrit bien dans cette perspective en proposant des leviers vers les lieux de la décision, leviers conçus non comme l'imposition d'un pouvoir sur un autre, que ce soit par le politique imposant unilatéralement des décisions ou par des aînés affichant des choix centrés sur leur génération, mais comme un lieu d'échanges démocratiques sur les enjeux et nécessités d'une société.

En guise de conclusion, on peut affirmer que WADA, tout en favorisant un vieillissement actif et en santé, soutient la qualité de vie de tous les habitants d'une commune. Au-delà des aspects pratiques liés à l'élaboration d'actions utiles, WADA représente une occasion de susciter des échanges, de raviver des souvenirs, d'affirmer sa citoyenneté, etc. C'est aussi une opportunité pour développer des contacts sociaux entre les aînés et les pouvoirs publics, ainsi qu'une source de dynamisation des communes par rapport aux enjeux du vieillissement. Enfin, chaque commune a la possibilité d'entrer dans la vaste communauté des Villes Amies des Aînés, initiée en 2010 par l'Organisation Mondiale de la Santé, et qui compte aujourd'hui 533 villes et communautés dans 37 pays, couvrant une population de plus de 158 millions de personnes⁵.

⁵ Cf. réseau « Age-friendly Cities and Communities » de l'OMS, <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>, consulté le 15 novembre 2017.



Références bibliographiques

Équipe de recherche VADA-Québec (dir. : Paris, M., Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke) & Carrefour action municipale et famille. (2014). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*. Gouvernement du Québec: Secrétariat aux aînés

Garon, S., Beaulieu, M. & Veil, A. (2008), Le programme Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé : une occasion de reconnaissance pour les aînés. *Éthique publique* [En ligne], vol. 10, n° 2, mis en ligne le 07 janvier 2015, consulté le 28 novembre 2017. URL : <http://ethiquepublique.revues.org/1471> ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.1471

Houlioux, G., Storme, S. & Vanlierde, A. (2014). La participation n'a pas d'âge, *Revue Éducation Santé*, Numéro 299 (En ligne : <http://educationsante.be>, consulté le 10 janvier 2017)

Lefebvre, P.O. & Chapon, P.M. (dir.) (2014). *Guide français des villes amies des aînés. Bonnes pratiques à l'intention des acteurs locaux*. Paris : La documentation française

Moulaert, T. & Houlioux, G. (2016). Vieillesse, territoire et action publique : Quand la Wallonie se lance dans la démarche des « Villes et communautés amies des aînés ». *Cahiers de Démographie Locale*, 2013/14, p. 289-327

Ninacs W.A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*. Vol. 44, n°1, p. 69-93

Ninacs W.A. (2008). *Empowerment et intervention, Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'Université Laval, Coll. Travail social

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2002). *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation*. Genève : OMS

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève : OMS

REIACTIS. (2016). *L'intégration sociale des personnes âgées et leur participation à l'action sur leur environnement. Comparaison entre quatre études de cas du Grand-Est français et des études de cas internationales ciblées au Québec, aux États-Unis, en Angleterre, en Belgique et en Espagne, Programme d'Études International sur le Vieillessement 1 (PEIV 1)*. Dijon : REIACTIS

PURO[®]
Fairtrade Coffee
saving the rainforest

Puro s'engage à protéger les forêts tropicales. Nous collaborons avec l'organisation de conservation de la nature World Land Trust et pour chaque tasse de café vendue, nous donnons une contribution financière pour acheter et protéger durablement des parties menacées de la forêt tropicale en Amérique du Sud.

www.purocoffee.com - 0800/44 0 88

FAIRTRADE[®]

PROJET WADA

L'AVIS DES ACTEURS DE TERRAIN



ALAIN DEPRET
Secrétaire de rédaction

Le projet Wada (Wallonie amie des aînés), concept venu tout droit du Québec, aura donc fait des émules sur le territoire wallon. Il aura ainsi, pour une bonne poignée de communes et CPAS, permis de mieux conscientiser encore les élus à la cause des aînés, et d'initier, via notamment la création de conseils consultatifs, un véritable chantier de participation citoyenne. Quelques acteurs de terrain, véritables chevilles ouvrières du programme, nous ont expliqué pourquoi, selon eux, Wada était une réelle opportunité, voire une nécessité pour le travail social local. Petit voyage à Braine-l'Alleud, Vaux-sur-Sûre et Farciennes.

Braine-l'Alleud - Aurélie Gabriel, Seniors contact du CPAS, et Eddy Dillien, retraité

« Faire reprendre conscience aux aînés qu'ils sont aussi des citoyens »

Depuis le début du mois de janvier 2017, Aurélie Gabriel a rejoint l'équipe du CPAS de Braine-l'Alleud en qualité de « Seniors contact ». Au départ du CPAS, et en transversalité avec l'administration communale via l'agent Freddy Caufriez, les projets à développer par le Seniors contact sont nombreux : informer le public âgé et fragilisé, rompre l'isolement et la solitude, réaliser un état des lieux des besoins de la population âgée, favoriser l'échange d'outils et sensibiliser les familles aux spécificités du grand âge. Et donc, être co-porteur du projet Wada, qu'Aurélie Gabriel nous présente ici, accompagné de l'une des chevilles ouvrières, Eddy Dillien, enseignant retraité particulièrement actif.

Madame Gabriel, comment le projet Wada a-t-il atterri en terre brainoise ?

Aurélie Gabriel : C'est moi qui ai eu vent du projet d'origine québécoise. Je l'ai découvert parmi mes nombreuses lectures sur le sujet des seniors. À Braine-l'Alleud, nous l'avons rebaptisé Blada pour « Braine-l'Alleud, amie des aînés ». Pour se lancer dans ce projet, il fallait faire fonctionner un conseil consultatif des aînés, que nous avons déjà créé, mais qui devait être réactivé. Blada est aujourd'hui un projet transversal avec l'administration communale, dont Freddy Caufriez est le « Relais aînés » destiné à soutenir la démarche.

Qu'est-ce qui vous a séduite dans ce projet ?

Aurélie Gabriel : Le fait que les personnes âgées doivent participer à la création du questionnaire, qu'elles soumettront elles-mêmes aux autres personnes âgées. Ce n'est donc pas le fait d'imminents chercheurs ou de travailleurs sociaux : les



seniors sont amenés à être formés et ils se prennent au jeu. C'est Eddy Dillien, ici présent, qui pratique, avec un collègue, les interviews des personnes âgées qui le souhaitent. Il faut savoir que 25 % de la population de Braine-l'Alleud a plus de 55 ans.

Monsieur Dillien, comment se déroulent aujourd'hui vos enquêtes ?

Eddy Dillien : Plutôt bien. Les gens acceptent facilement de parler, de répondre à nos questions. Nous avons d'abord commencé avec des connaissances et, ensuite, de fil en aiguille, notre public s'est élargi. Nous avons tenu une permanence lors du Salon des aînés de Braine-l'Alleud et certaines personnes se sont même présentées spontanément pour répondre aux questions. Mon collègue et moi avons déjà réalisé une trentaine d'interviews, desquelles il nous faudra bientôt faire une synthèse et déterminer des pistes de travail.

Vous allez donc mettre en place une stratégie ?

Eddy Dillien : Oui et je crois qu'il s'agira surtout d'apporter des améliorations d'aménagement des espaces publics. C'est en tout cas ce qui ressort des réponses qui nous sont



apportées et il faudra bien que les autorités publiques suivent la cadence. Par contre, certains projets ont déjà vu le jour en marge de nos interviews: le nouveau centre administratif, ainsi qu'une navette qui permet aux citoyens d'y venir, par exemple. Notre rôle est donc aussi d'informer sur ces nouveaux projets. Mais, le plus intéressant, c'est que, nous aussi, nous avons appris des choses.

Qu'attendez-vous encore de ces interviews?

Eddy Dillien : Il faudrait d'abord que les aînés puissent être au courant de tout ce qui existe déjà et il existe énormément de choses. En fin d'interview, on laisse toujours le numéro de téléphone de Madame Gabriel. En fin de questionnaire, les personnes se rendent souvent compte que le CPAS d'aujourd'hui n'est plus celui d'hier, qu'il n'a plus du tout l'image qu'elles s'en faisaient. Sinon, il est souvent question de problèmes de mobilité dans les interviews. Il apparaît aussi un sentiment d'insécurité, mais c'est très rare. Quoi qu'il en soit, de toutes ces interviews, il ressort souvent des éléments positifs. Au final, notre rôle est aussi de faire reprendre conscience aux aînés qu'ils occupent une place entière de citoyen, comme tous les autres citoyens.

Vous pensez donc que le projet Wada fait œuvre de participation citoyenne?

Aurélie Gabriel : En effet. Les aînés qui ne connaissaient pas ce projet ont appris à se connaître par le biais des enquêtes et ils s'entraident, ils se soutiennent. Nous avons ainsi dressé un diagnostic, en marchant avec les interviewés dans la rue. Lors de ces marches à travers divers endroits de Braine-l'Alleud, nous étions accompagnés par un chercheur et par un architecte. Chacun avait des thématiques à commenter comme la voirie, la sécurité, les panneaux directionnels, le mobilier urbain, les bâtiments sanitaires... Nous prenions des notes et des conclusions en sont ressorties: manque de fléchage, manque de notes explicatives pour la population, par exemple. Tout cela nous a permis de créer un réel dialogue entre les citoyens et l'administration communale.

Allez-vous relayer ces informations aux élus?

Aurélie Gabriel : Dans la démarche Blada, on recroise les interviews et les diagnostics. L'idée est de faire participer les élus à une réunion de synthèse, avec les membres du conseil consultatif, pour travailler sur les propositions que les seniors ont évoquées. Cela permet aux échevins de communiquer sur ces sujets. Les aînés assistent donc à la discussion et suivent la décision, quelle qu'elle soit, étape par étape. Il s'agit donc bien de participation citoyenne. Nous avons également un projet en ce qui concerne les soins de santé. Un chapitre porte aussi sur les loisirs et nous faisons beaucoup dans ce domaine pour les seniors.

Quels sont vos souhaits, vos désirs pour le futur du projet Blada?

Eddy Dillien : J'aimerais mettre en place un réel suivi: retourner vers ces personnes une fois que les innovations auront été faites et leur faire constater. Et, de toute manière, garder un contact permanent via le conseil consultatif ou le groupe de travail. Mais on garde déjà le contact, ne fût-ce



qu'en se rencontrant sur le marché ou en se téléphonant pour obtenir un renseignement. Une réelle dynamique s'est créée aujourd'hui.

Quels conseils donneriez-vous aux autres communes qui voudraient se lancer dans ce type d'aventure?

Aurélie Gabriel : Je leur dirais de bien réfléchir, non pas sur la stratégie du projet, mais sur le projet à long terme. Cela ne se met pas en place en trois ou quatre mois. La dynamique prend du temps, le bouche-à-oreille prend du temps aussi. Il ne faut pas avoir peur de repousser les limites en tant que responsable de projet, mais, en même temps, il faut pouvoir se recentrer en réfléchissant à ce qui sera discuté dans les réunions. Il faut aussi s'octroyer des pauses afin de prendre du recul, de se réapproprier le projet et, surtout, de recevoir en écho les résonances des actes déjà accomplis. En effet, le projet Wada n'est pas exécuté de la même manière à Vaux-sur-Sûre, ou à Bruxelles, qu'ici.

L'échange d'informations et de pratiques est fort important dans ce genre de projet...

Aurélie Gabriel : En effet. Mais il est aussi important de ne pas porter ce projet seul, d'être entouré par d'autres personnes de l'administration et de la vie civile qui peuvent servir de relais et qui apportent un regard neuf. Il faut également penser au renouvellement des personnes investies. Certaines partent pour des raisons personnelles ou de santé. Mais, malgré ces départs volontaires, sans doute faudrait-il songer à renouveler les 'anciens' qui risquent de s'essouffler.

Quel sera votre mot de conclusion, à tous les deux?

Eddy Dillien : Le CPAS fait de l'action sociale et peut aider n'importe qui sur n'importe quelle demande. Le CPAS n'est plus seulement là pour apporter un soutien financier, comme certains le croient encore aujourd'hui. Des projets comme Wada redorent donc clairement le blason du CPAS.

Aurélie Gabriel : Le senior est quelqu'un qui connaît l'histoire de sa région, qui a un savoir-faire et une expérience à partager avec les plus jeunes. Il faut donc être à leur écoute et les faire participer d'une manière ou d'une autre à la vie de la commune. Ils transmettent aussi des valeurs, éléments que l'on a tendance à négliger à l'heure actuelle. Il est donc temps que les mandataires locaux en Wallonie s'intéressent aux seniors, car ils ont des choses à dire.



Vaux-sur-Sûre – Pascale Lamoline, Présidente du CPAS

« Le projet Wada renforce
le dynamisme qui nous
habite déjà »

La commune de Vaux-sur-Sûre a toujours été considérée comme très active en matière d'action sociale, et plus particulièrement dans son travail quotidien au service des aînés. Bien qu'elle n'ait pas attendu le projet Wada pour prendre de nombreuses initiatives en la matière, elle a été choisie comme commune pilote afin de renforcer le lien participatif au sein de la commune. Rencontre avec Pascale Lamoline, Présidente du CPAS.

Madame Lamoline, votre commune a participé au projet Wada en tant que commune-pilote. Quel est votre sentiment par rapport à ce projet ?

Quand je suis devenue présidente du CPAS, plusieurs opportunités se sont présentées et le projet Wada entrait bien dans l'offre de services que nous voulions apporter aux aînés, tant au niveau du collège et du conseil communal, que du CPAS. Nous avons déjà beaucoup de choses à proposer, comme notre taxi social. Un club nommé « Cap Bonne Humeur » a ainsi été mis sur pied par nos autorités communales en septembre 2008. L'objectif poursuivi était de recréer du lien social entre les habitants de la commune, et plus particulièrement entre les aînés de nos différentes entités, un public souvent isolé et peu considéré. C'est un lieu de rencontres, de partage, de réflexion mais aussi de découvertes, destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans. Une occasion de faire connaissance avec soi et avec d'autres au travers d'activités tantôt créatives, tantôt sportives ou encore culturelles. Le projet Wada, lui, correspondait donc parfaitement à notre vision des choses pour l'avenir de nos aînés.

Vous avez ainsi, dans la foulée, créé une maison d'accueil pour les aînés...

En effet. Elle est ouverte depuis le 15 juin et elle accueille les aînés les mardis et jeudis, soit en journée complète, soit en demi-journée. C'est encore tout récent mais la maison d'accueil fait beaucoup d'adeptes par le bouche-à-oreille. Ce n'est donc pas du tout une maison de repos, plutôt un endroit où on peut offrir un certain répit aux proches des aînés.

De quelle manière consultez-vous désormais les personnes âgées afin de connaître leurs besoins ?

Nous avons mis en place des réunions, après avoir essayé un envoi 'toutes boîtes', qui n'a pas fonctionné. Par ailleurs, nous essayons de rencontrer les aînés lors de goûters ou lors d'excursions que nous organisons. À ces occasions, nous ne manquons jamais de leur poser des questions sur leurs besoins et sur leur degré de satisfaction des activités déjà mises en place.



Avez-vous créé un conseil consultatif des aînés ?

Oui, et, au début, le conseil consultatif manquait un peu de dynamisme. Mais cela démarre tout doucement. Lorsque je suis arrivée au CPAS, on a en effet essayé d'être plus actifs. Nous avons, par exemple, édité, à la demande des aînés, un Recueil des aînés, petit répertoire des numéros de téléphone, des services ou d'associations qui pourraient leur être utiles.

Le projet Wada vous incitait à mener des enquêtes auprès de la population plus âgée. Est-ce désormais le cas ?

Ce sont les membres du conseil consultatif qui s'en chargent. Ils visitent les aînés et leur soumettent à tous le même questionnaire, toutes classes sociales confondues. Il faut essayer d'élargir le public-cible. C'est très important que les aînés puissent transmettre leurs connaissances aux plus jeunes. Je pense qu'aujourd'hui les 30-40 ans prennent conscience qu'ils vont perdre cette connaissance, cette expérience, ce savoir et ce savoir-faire qu'ont les aînés. D'où l'importance de développer l'intergénérationnel.

En tant que présidente du CPAS, quels projets voudriez-vous initier dans le futur ?

J'ai surtout envie que les gens se sentent bien dans leur commune. Et mon souhait est d'apporter tout ce qu'il faut à ces personnes pour que l'objectif soit atteint. Le collège appuie cette démarche également. Mais, ce qui me tient le plus à cœur, c'est de redorer un peu l'image du CPAS, ne plus le considérer comme une institution que l'on fréquente uniquement en cas de problèmes financiers. Il faut absolument dire aux gens que le CPAS est là pour les aider en termes de services et de mobilité, des services qui sont ouverts à toute la population, et pas seulement aux aînés. De plus, nous pouvons désormais compter sur une équipe de bénévoles extraordinaires au sein de notre commune.

Qu'est-ce que le projet Wada a apporté à votre commune, à votre CPAS ?

Comme vous le voyez, pas mal de nos projets étaient antérieurs au fait que nous soyons commune-pilote.



Mais j'espère que nous aurons l'opportunité de partager nos bonnes pratiques avec d'autres communes du projet Wada, de créer un réseau, en quelque sorte. Mais je souhaite surtout projeter nos actions dans le long terme. Dans dix ans, j'aurai moi-même 60 ans et je me pose déjà la question de savoir ce qui serait développé, au niveau de ma commune, et dans quel sens je voudrais que ma commune évolue. Le projet Wada nous aidera à développer davantage nos projets, d'en proposer d'autres, mais nous aidera aussi à poursuivre le développement de notre commune et de notre CPAS. Il renforce donc le dynamisme qui nous habite déjà.

Bien souvent, les aînés semblent déconnectés du monde des nouvelles technologies, principalement dans les communes rurales. Qu'en pensez-vous ?

Nous avons proposé des cours d'informatique basique, mais nous n'avons pas eu le retour escompté. Je pense que les aînés seraient plus sensibilisés à une formation pratique enseignée par un jeune, plutôt qu'un cours théorique, beaucoup trop

Geneviève Houioux, Responsable du Département des ressources scientifiques à l'Observatoire de la santé du Hainaut

« Wada nous a permis de fixer un objectif et un projet commun à Farciennes »

Geneviève Houioux est Responsable du Département des ressources scientifiques à l'Observatoire de la santé du Hainaut. L'OSH mène ainsi des actions pour promouvoir la santé des habitants de la province et contribue à donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci. Dans ce cadre, Geneviève Houioux a suivi de près l'évolution du projet Wada en Wallonie. Elle nous livre ici son expertise de terrain, plus particulièrement à Farciennes, commune hennuyère la plus pauvre.

Madame Houioux, vous êtes chargée de coordonner les programmes seniors au sein de l'Observatoire de la santé du Hainaut. Vous ne faites pas donc pas partie de l'équipe communale à Farciennes, et pourtant, vous semblez être très au fait du projet Wada farciennois. Une petite explication s'impose...

Je suis responsable du Département des Ressources scientifiques à l'Observatoire de la santé du Hainaut. L'Observatoire de la santé du Hainaut (OSH) fonctionne comme l'institut de promotion de la santé et de prévention de la province de Hainaut. Il mène des actions pour promouvoir la santé des habitants de la province. Cela contribue à donner aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur

leur santé. Cette démarche est efficace quand elle associe les indispensables actions d'information du public avec un travail de longue haleine sur les conditions et milieux de vie.

Pensez-vous que cet élément ressortira du questionnaire soumis aux aînés ?

Peut-être que oui mais, en milieu rural, nous manquons surtout de commerces de proximité, de bureau de poste... En tout cas, la commune est soucieuse de cela et je crois qu'elle développera un projet en ce sens dans son PCDR. Nous sommes une petite commune et les liens existant entre la commune, son PCDR et le CPAS sont très forts. Et, de surcroît, le plan de cohésion sociale peut nous aider.

Quel message souhaiteriez-vous faire passer à nos lecteurs, en conclusion ?

Les citoyens ne doivent pas avoir peur de venir frapper à la porte du CPAS et de venir y chercher des renseignements. En tant que CPAS, nous sommes là pour accueillir les gens, nous sommes un service de proximité et nous sommes là pour les aider et répondre à leurs questions. Nous voulons absolument changer les mentalités à propos du CPAS.



leur santé. Cette démarche est efficace quand elle associe les indispensables actions d'information du public avec un travail de longue haleine sur les conditions et milieux de vie. La promotion de la santé est donc l'affaire de toutes et de tous : autorités locales, communauté éducative, secteur de la santé, mondes du travail et associatif, familles. Ce sont des partenaires naturels pour l'OSH. La province de Hainaut, à travers l'Observatoire, met à leur disposition des données épidémiologiques, un appui méthodologique et des outils d'intervention et de communication. Elle propose aussi des formations et l'accès à un centre de documentation.



Les activités de l'OSH s'inscrivent donc dans le champ de la santé publique et plus particulièrement dans celui de la promotion de la santé...

En effet, l'OSH produit des informations sur l'état de santé de la population et mène, en partenariat, des actions de promotion. Celles-ci permettent d'accroître les chances de maintien et de développement de la santé pour tous les habitants. La lutte contre les inégalités sous-tend ces actions. Les actions et les programmes sont menés en proximité avec les citoyens, les associations, les pouvoirs communaux, les professionnels de la santé et de l'éducation, les travailleurs sociaux... Une optique de santé globale est privilégiée, celle préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Le conseil provincial a validé un plan d'action triennal. La diminution des inégalités sociales de santé est la priorité transversale de ce plan, d'une part, en assurant une accessibilité des services et des informations à tous les groupes de population et, d'autre part, en veillant à ce que les actions collectives et structurelles tiennent compte prioritairement des besoins des groupes sociaux défavorisés.

C'est dans ce cadre que vous avez plus particulièrement travaillé au projet Wada sur Farciennes...

Nous proposons en effet une offre de services aux communes. Dans ce cadre, j'ai été amenée à travailler avec les aînés au sein des conseils consultatifs. En 2025, une personne sur trois aura en effet plus de 65 ans et notre objectif est d'ajouter des années à la vie. Nous avons donc dressé des profils de santé que nous avons présentés aux conseils communaux afin qu'ils puissent développer des politiques publiques en cette matière. Cette année, les conseils consultatifs sont devenus mon unité opérationnelle, ce qui conforte d'ailleurs le principe de participation citoyenne. Mons, par exemple, a très vite répondu favorablement à notre appel et m'a demandé de siéger au sein de son comité de pilotage de la plateforme des aînés. Farciennes est aussi une commune hennuyère et elle rentre donc dans mon champ d'activité.

En quoi consiste le projet Wada? Pourquoi vous y êtes-vous impliquée?

J'ai participé en 2012, de manière empirique, à l'évaluation du projet. Nos résultats ont été soumis au cabinet ministériel d'Eliane Tillieux, qui a trouvé intéressant d'élargir ce concept québécois à la Wallonie. On a ensuite jugé utile d'y associer les provinces, d'abord comme pouvoir intermédiaire et de médiation entre les communes et le pouvoir régional, et ensuite pour que celles-ci puissent accompagner les communes dans cette nouvelle expérience. Tout se met en place actuellement et nous en sommes maintenant à un comité de pilotage régional, dont l'Union des Villes et Communes fait partie, mais aussi l'UCL, un représentant de la CAS (coordination des associations de seniors), la FRW...

Farciennes est la commune la plus pauvre du Hainaut. C'est la raison pour laquelle elle a été choisie comme commune-pilote?

Tous les indicateurs étaient réunis pour choisir Farciennes. Notre mission consiste aussi en la réduction des inégalités sociales. Et l'on s'est fixé comme objectif de travailler

dans 25 % des communes les plus pauvres du Hainaut. À Farciennes, il y a une communauté turque importante et le vieillissement des migrants est une problématique spécifique, avec des problèmes de communautarisation, de langue et d'isolement. D'où notre volonté d'intégrer ces personnes dans les structures de démocratie participative afin de connaître leurs besoins spécifiques. À partir de là, on construit tout avec le conseil consultatif des aînés. Pour ce faire, nous établissons des questionnaires, aidés par des professionnels, dont les membres du conseil se munissent pour aller à la rencontre des autres, et l'on compare les réponses. Ensuite, nous allons voir les professionnels et les élus afin qu'ils puissent imaginer les besoins qui ne sont pas nécessairement ressentis par cette population, par exemple en termes de sécurité.

Très concrètement, quels projets ont été mis en place depuis à Farciennes?

Pour l'instant, nous sommes en phase d'analyse des situations. Mais Wada nous a permis de fixer un objectif et un projet commun à Farciennes. À partir des diagnostics, nous allons dégager des priorités desquelles nous allons mettre en place des plans d'action. Mais, globalement, nous en sommes à notre première année de fonctionnement et les processus sont lents. C'est donc aussi un enjeu pour nous de réunir les moyens et ressources nécessaires à l'aboutissement. L'impact réel ne se verra qu'au bout de cinq à dix ans.

Il est donc un peu tôt pour tirer des conclusions sur ces enquêtes. Mais, pour vous qui connaissez bien le terrain farciennois, quels seront les besoins immédiats des aînés dans cette commune?

Il s'agira, à mon sens, surtout de problèmes liés à la mobilité et à la communication. Avec les aînés, il s'agit plus de communication passive : le bouche-à-oreille, la visite dans le quartier, à renouveler régulièrement. Quant à la mobilité et la centralisation des services, c'est une problématique indirecte liée au vieillissement de la population : les commerces de proximité, les services en centre-ville, ce genre de choses... Une question se pose aujourd'hui : qu'est-ce qui fait que les gens sont en bonne santé ? On voit que les systèmes de soin y contribuent pour une vingtaine de pour cent. Quels sont dès lors les 80 % restants : il s'agit surtout de mobilité, de culture, d'éducation permanente... Et il est donc important pour les communes d'appréhender la santé dans toutes ces politiques.

Pensez-vous que le conseil consultatif des aînés soit une bonne porte d'entrée pour arriver à ce concept?

Oui. C'est effectivement une bonne structure en termes de démocratie participative, et j'invite les communes à les créer. Il ne faut cependant pas instrumentaliser les membres du conseil. Ce sont des gens motivés, qui, généralement, sont les seuls à bien connaître leur quartier et les habitants. C'est donc une manière de rompre l'isolement social. De plus, ils vont au-delà de simples visites aux citoyens : ils organisent des rencontres pour exposer le résultat de leur enquête et cela crée un nouveau lien social avec d'autres générations. Tout cela est très intéressant sur le plan scientifique.



« EN ROUTE POUR LA VIE », FAIRE ENTENDRE SA VOIX JUSQU'AU BOUT !

ou « comment exprimer ses souhaits concernant son accompagnement et ses soins futurs, si un jour nous ne sommes plus à même de les dire nous-mêmes » une autre manière d'aborder le PSPA (Projet de Soins Personnalisé et Anticipé).



VALÉRIE DESOMER
Conseiller au Centre de Formation de
la Fédération des CPAS

Ce titre fait référence au projet soutenu par la Fondation Roi Baudouin¹ durant 18 mois, coordonné par le Centre de Formation de la Fédération des CPAS², Pallium (la Plateforme de soins palliatifs du Brabant wallon)³ et le CHU Mont Godinne via le service de Gériatrie⁴.

Il a fait l'objet d'une concertation de partenaires bruxellois et wallons des secteurs de la santé et de l'accompagnement aux personnes âgées⁵. Ceux-ci ont accompagné la mise en œuvre d'une démarche réflexive visant la préparation de la fin de vie des personnes âgées au départ des services de soins à domicile, des maisons de repos et/ou à l'hôpital. Il vise également toute personne de tout âge, citoyen soucieux d'exprimer ses choix de soins futurs quant à sa fin de vie.

Dans cet article, nous prendrons appui sur les trois conférenciers de la journée d'étude du 16 juin 2017 qui s'est tenue à la Marlagne.

Nous ferons également état des outils réalisés :

- le PSPA à destination du grand public ;
- le PSPA à destinations des soignants ;
- le carnet de vie ;
- la déclaration de volonté et
- les conditions d'utilisation.
- la mise en ligne d'un e-learning visible sur le site de la Société scientifique de Médecine générale (SSMG), réalisé le 13 septembre 2017.

Contextes épistémologique et philosophique

« En route pour la vie », une expression paradoxale pour un projet qui se veut d'aborder la fin de vie et, in fine, la mort. Mais quoi de plus vrai ? La mort fait partie de la vie, elle en est la finitude. « *Vieillir, approcher de la finitude, c'est être une personne debout jusqu'au bout de la vie !* ». Comme nous le rappelle **Myriam Leleu**⁶, sociologue et gérontologue, « *la vie et la mort sont-elles deux notions aux antipodes, peut-être... mais avec certitude nous allons tous vers la mort. Alors, ne pouvons-nous pas prendre la mort à contrepied et nous y préparer à notre rythme, en affirmant nos volontés, nos préférences ultimes, tout en connaissance de cause. Cela permet un apaisement pour soi, nos proches et les soignants qui nous entourent. On se remet, en somme, 'en route pour la vie' »⁷.*

Rappelons-nous, comme le souligne Manu Keirse (2009)⁸, psychologue et professeur de médecine à la KUL : « *On planifie tout de nos jours : son agenda, sa carrière, ses projets, ses vacances, les jours de fête. La plupart des gens prennent aussi des dispositions pour régler leur succession après leur mort. La seule chose qu'on laisse planifier par les autres est sa propre fin de vie* ».

Jean-Philippe Cobbaut⁹, philosophe et juriste, nous parle de « *la mort comme un processus actif et non un moment*



¹ *Champs de vision*, 103, octobre 2015, p. 3.

² Valérie Desomer, Conseiller au Centre de Formation, coordonne les formations à destination des maisons de repos des CPAS, participe à divers projets en lien à l'accompagnement des personnes âgées dont le projet WADA (plusieurs articles dans ce *Mouv. comm.*).

³ Dominique Cambron, Directrice à Pallium.

⁴ Marie de Saint-Hubert, Gériatre et chercheuse à l'UCL site Chapelle-aux-Champs.

⁵ Les partenaires visés sont : Enéo, Espace Seniors, UNESSA, Santhea, le CPAS de Charleroi, Infor-Homes Bruxelles, Palliabru, la Fédération wallonne des soins palliatifs, Hers-Ressort et la SSMG.

⁶ Extraits de l'intervention de Myriam Leleu : *En route pour la vie, une démarche d'accompagnement des personnes âgées en questionnement face à la mort*, 16 juin 2017, La Marlagne.

⁷ Johanne Mathy in *vie@home* n° 49, 06/2017.

⁸ M. Keirse, *Faire son deuil, vivre un chagrin. Un guide pour les proches et les professionnels*, Ed. de Boeck, 2000.

⁹ Extraits de l'intervention de Jean-Philippe Cobbaut : *Aborder la fin de vie : la nécessité d'un apprentissage collectif*, 16.6.2017, La Marlagne.



singulier. C'est un processus, le mourir un mouvement non linéaire et chaotique comme il peut parfois être, pas seulement vers une fin en soi mais un mouvement vers le bien mourir, un mouvement qui peut être dirigé par nous à travers des activités déterminées et des technologies médicales. La nature de ce processus est une opportunité pour le sens dans la vie et appelle un certain contrôle sur la configuration du caractère de la fin elle-même.

Nous devons reconnaître que ce processus se produit dans un monde d'êtres sociaux. Il implique un collectif, il transforme les vies de ceux qui restent, donnent à leurs vies de nouvelles bases au regard de leurs propres vies et de leur mort. D'autre part, de manière encore plus importante pour la personne elle-même, mourir de manière significative rend du pouvoir à la personne dans les étapes finales de sa vie. Cela conduit à rendre la personne actrice des activités qui entourent le processus du mourir. C'est aussi un processus collectif encastré dans une organisation (domicile, maison de repos, hôpital). Il doit pouvoir s'auto-instituer en tant que communauté processuelle de soins par une gouvernance réflexive et critique ».

Le psychologue **Pierre Gobiet**¹⁰ nous relate son expérience d'accompagnement auprès de « grands vieillards »¹¹, à domicile et en MRS. Des « arpenteurs de temps », comme il les appelle, qui souvent se demandent pourquoi ils sont encore là. Ils attendent la mort, qui n'arrive pas. La phase temporelle de ces très longues vies, mort et naissance se font écho, entrent en résonance l'une de l'autre. Il y a une correspondance entre ce qui nous a fait advenir et ce qui nous fait trépasser, entre les prémices de la vie et ses derniers épisodes. C'est l'époque du chantier existentiel, du récit ultime, quand la personne tire le bilan et se refabrique une singularité. Il évoque encore « l'impensé de la mort », au niveau individuel mais aussi au sein des maisons de repos « on tente de rendre la mort invisible, qui devient un fantôme qui rôde ». Pour lui, il ne faut pas botter en touche en parlant de la pluie et du beau temps quand un résidant confie : « je voudrais mourir », il faut pouvoir l'entendre et lui répondre.

Donner du temps recherché par les arpenteurs du temps, pour mettre en forme leur récit de vie, un temps qui unifie toutes les temporalités, point de fusion entre passé, présent et futur. Le futur antérieur est le temps des identités ultimes, le temps nécessaire pour s'assumer : reprojeter quelque chose de soi et de son histoire dans un futur indéfini. C'est le temps par excellence du Projet de Soins Personnalisé et Anticipé. Carpe Diem versus Carpe Mortem.

Qu'en-est-il de la définition d'un PSPA ?

Le Projet de Soins Personnalisé et Anticipé est la traduction officielle du terme « Advance Care Planning » fréquemment utilisé dans les pays anglo-saxons.

« Il s'agit d'un processus par lequel une personne, en concertation avec ses proches et ses soignants, formule à l'avance des objectifs et des choix relatifs à la manière dont elle souhaite que l'on prenne soin d'elle si elle n'était plus en mesure de les assumer elle-même. Ce processus donne la possibilité d'énoncer des directives anticipées de volonté relatives au traitement ».

C'est en 2011 que la Fondation Roi Baudouin soutient des projets sur la planification anticipée de soins pour les personnes atteintes de déficits cognitifs (maladie d'Alzheimer). La plate-forme de soins palliatifs du Brabant wallon (Pallium) développe, en 2012, une démarche réflexive sur l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie, vivant en maison de repos et de soins.

Lors du programme « Penser plus tôt à plus tard »¹² initié par le Fondation Roi Baudouin, trois projets (Pallium, le Grand hôpital de Charleroi, Le Bien-Vieillir) concernent la réalisation d'un outil visant à guider la réflexion et le dialogue, soutenir la personne âgée dans la formulation de ses choix et sensibiliser les professionnels et les citoyens à la réalisation d'une telle démarche. Mais il subsiste des freins à la mise en œuvre du PSPA : réticences à engager le dialogue sur ce sujet, choix du support envisagé, formation des professionnels de la santé et lieux de vie, communication et transmission de l'information contenue dans le PSPA.

Par la suite, le PSPA connaît une phase d'expérimentation concrète auprès de personnes âgées vivant dans 11 MR/MRS du Brabant wallon dont certaines gérées par des CPAS. Celle-ci est menée par Pallium via une recherche-action¹³ coordonnée par Myriam Leleu. Un premier guide de recommandations est rédigé afin que les personnes âgées vivant en MR/MRS puissent amorcer un travail réflexif et exprimer leurs souhaits par rapport à la fin de vie et la mort. Ce support permet d'améliorer la qualité de l'accompagnement en fin de vie et propose la consignation des éléments à prendre en considération en cas de difficultés d'expression. En parallèle,

¹⁰ Extraits de l'intervention de Pierre Gobiet : *Les enjeux du (très) grand âge : mort et projets de vie*, 16.6.2017, La Marlagne.

¹¹ P. Gobiet, *Une si longue vie. Comprendre et accompagner le très grand âge*, Paris, Mardaga, 2015, Collection Santé en soi.

¹² En 2013 et 2014

¹³ *Dossier Projet de soins Personnalisé et Anticipé en maison de repos et de soins*, Revue des Soins palliatifs, juin 2015, n° 27, pp.10 à 33.



le PSPA amorce une perspective d'utilisation par un nombre plus large de citoyens, en amont de l'entrée en MR/MRS, quel que soit le degré d'autonomie de la personne.

En 2015, une extension du PSPA est élaborée pour le domicile.

En 2016, le projet En route pour la vie est lancé afin de pouvoir soutenir la démarche en milieu hospitalier, la diffuser plus concrètement auprès des professionnels des soins de santé et de viser le grand public. La nouvelle version du PSPA est définie comme une démarche réflexive et évolutive au service des personnes âgées, un soutien au dialogue avec les proches et les soignants et un accompagnement spécifique axé sur la singularité de l'humain.

Le cadre légal

Les pratiques en matière d'accompagnement de fin vie¹⁴ sont balisées par :

- le Code de déontologie médicale ;
- la loi sur les droits du patient (2002) ;
- la loi sur les soins palliatifs (2002-2016) ;
- la loi sur l'euthanasie (2002).

L'esprit de ces lois affirme la nécessité de mettre la personne au centre des décisions la concernant et de veiller à laisser aux soignants et au cadre thérapeutique le soin d'ouvrir le dialogue avec la personne concernant ses volontés.

Les droits du patient

- Respect de la volonté du patient et droit à la maîtrise par chacun de son corps et de son intégrité physique ;
- Reconnaissance implicite de la valeur légale de la déclaration anticipée de volonté relative au traitement ;
- Possibilité de refuser un traitement, même de manière anticipée ;
- Désignation possible d'un mandataire légal et/ou d'une personne de confiance

Le PSPA demande un cadre et des valeurs claires, une écoute active, le respect des règles de confidentialité et la mobilisation des professionnels de différents niveaux, du médecin généraliste aux soignants des lieux de vie impliqués dans la démarche.

Le PSPA est un outil sur le Care qui prévoit des soins et un accompagnement reconnaissant la personne âgée comme citoyen à part entière, dans sa globalité et son intégrité, et non sur base de ses vulnérabilités. Ces soins et cet accompagnement rendent possibles une pleine participation et l'affirmation de droits, d'envies et de désirs. Ils considèrent le sujet âgé comme partenaire essentiel de soins et de soi. Ils favorisent une véritable alliance thérapeutique. Ils permettent au sujet de se situer dans son histoire et de s'approprier ou se réapproprier son devenir et ils soutiennent l'autonomie, le pouvoir d'agir et d'être un acteur-décideur, une autodétermination de ses besoins propres.

Le PSPA dans ses aspects concrets

Cinq carnets¹⁵ sont disponibles

1 Carnet à destination du grand public

Il permet un processus de réflexion personnelle, d'inviter au dialogue la famille, les proches, les soignants, le médecin généraliste. Ce carnet permet à tout un chacun de commencer cette réflexion seul, de façon autonome. C'est un moment d'affirmation de choix et libertés face à la fin de vie.

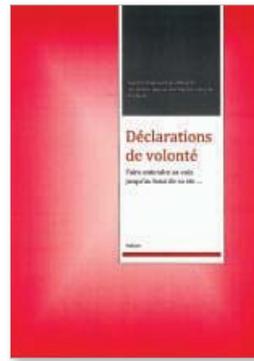
Lien vers le Carnet à destination du grand public :

www.uvcw.be/no_index/files/289-pspa-carnet-grand-public.pdf



¹⁴ Textes légaux disponibles sur le site du Service Public fédéral Santé Publique et de la Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement : <https://www.health.belgium.be/fr/sante>

¹⁵ Ces cinq carnets sont le résultat d'un travail d'écriture et de concertation de l'équipe de Pallium (Dominique Cambron, Sophie Herman, Lolita Virgas et Myriam Leleu).



2 Carnet à destination des professionnels de la santé

C'est un support au dialogue, il nécessite écoute, disponibilité et capacité de neutralité et il s'inscrit dans un « prendre soin relationnel » et en aucun cas ne peut devenir un acte administratif.

Lien vers le Carnet à destination des professionnels de la santé : www.uvcw.be/no_index/files/288-pspa-carnet-soignants.pdf

3 Le carnet de vie, au cœur du PSPA

En une vingtaine de pages, il reprend l'entourage proche de la personne et leurs coordonnées. Il consigne des éléments marquants de son vécu et sa conception de la qualité de vie. Ce sont des indications qui aideront les soignants à mieux connaître la personne et à respecter sa façon d'être, de penser et concevoir sa fin de vie en toute dignité. Le carnet précise encore les affinités spirituelles et philosophiques de la personne, ses souhaits après sa mort (type d'obsèques, rites à observer, etc.) et, enfin, les paroles qui lui importent de transmettre, éventuellement sous pli fermé, à sa famille, ses amis, ses soignants.

Lien vers le carnet de vie : www.uvcw.be/no_index/files/285-pspa-1-carnet-de-vie.pdf

4 Carnet des déclarations de volonté

Il renferme les différents documents légaux liés aux choix de fin de vie, comme la déclaration anticipée de volonté relative au traitement (accord ou refus de réanimation, d'assistance respiratoire, d'alimentation et hydratation artificielles, position en ce qui concerne les soins palliatifs, les traitements antidouleur, etc.), la déclaration anticipée d'euthanasie, ou encore les volontés concernant les dons d'organes ou de corps. La section précise les modalités pour établir/enregistrer ces actes (p. ex. : une demande d'euthanasie doit être signée devant deux témoins majeurs) et leurs conditions de validité (p. ex. : ladite demande restera valable 5 ans). Elle reproduit les documents officiels à employer, comme les formulaires à l'en-tête du SPF Santé publique pour la désignation d'un mandataire ou d'une personne de confiance.

Lien vers le carnet de déclarations de volonté : www.uvcw.be/no_index/files/286-pspa-2-carnet-declarations-de-volonte.pdf

5 Carnet des conditions d'utilisation

Ce carnet donne le « mode d'emploi » aux personnes qui sont amenées à accompagner le patient, pour respecter ses

volontés au cas où et tant qu'il n'est plus capable de prendre lui-même une décision. Il précise donc qui peut transmettre à qui (personne ou institution) telle ou telle partie des deux carnets précédents (carnet de vie et déclarations de volonté). Le patient peut y désigner une personne n'ayant aucun intérêt matériel à son décès qui, en cas d'impossibilité physique permanente, rédigera à sa place ce document. Celui-ci sera, le cas échéant, daté et paraphé par le mandataire et/ou la personne de confiance, et précisera le nombre d'exemplaires établis et qui les détient. Il existe également un document introductif, qui expose la démarche PSPA, décliné en deux versions : l'une pour le patient, l'autre pour les soignants.

Lien vers le carnet de conditions d'utilisation : www.uvcw.be/no_index/files/287-pspa-3-carnet-conditions-d-utilisation.pdf



Tous les contenus et les explications du projet font l'objet d'un e-learning via le site de la SSMG par un login anonyme sauf pour les médecins généralistes qui peuvent avoir des points d'accréditation : <http://www.medihomejournal.eu/ssmg/> <http://www.medihomejournal.eu/ssmg/MoviePage/tabid/455/language/fr-FR/Default.aspx?movid=872>

Ce projet innove dans le domaine de l'accompagnement des personnes en fin de vie. Il soutient la parole des personnes concernées qui seraient intéressées par la démarche à chaque étape de leur vie. Et il offre des outils concrets pour la pratique des professionnels du domicile, des maisons de repos et de la santé. Des formations peuvent être organisées sur base de la démarche proposée et des cinq carnets.



Trois ans après la défédéralisation des maisons de repos : QUELLES SITUATION ET PERSPECTIVES ?

17,2 des wallons de 80 ans et plus vivaient en maison de repos en 2014. Ils représentaient 78,1 des résidents de ces établissements¹.

L'accord institutionnel pour la sixième réforme de l'État disposait que : « *la compétence complète (y compris la fixation du prix réclamé aux résidents) en matière de maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jour, centres de court séjour, services G isolés et services Sp isolés sera intégralement transférée aux Communautés [...].*

Pour les compétences transférées concernant les personnes âgées (essentiellement : structures d'accueil, allocation d'aide aux personnes âgées (APA), hôpitaux gériatriques isolés G), les moyens seront répartis initialement selon la clé de population des plus de 80 ans. Ils évolueront en fonction de l'évolution des personnes âgées de plus de 80 ans de chaque entité, de l'inflation et de 82,5 % de la croissance réelle du PIB par habitant ».



JEAN-MARC ROMBEAUX
Conseiller expert à la Fédération des CPAS

Depuis le 1^{er} juillet 2014, une grande partie du financement des soins en maisons de repos, la réglementation des prix et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ont été défédéralisées. Un décret organisant l'AVIQ² a été voté fin 2015. Un plan 'papy-boom' a été adopté par le précédent Gouvernement en mai 2017. Une

nouvelle DPR a été présentée le 28 juillet. Il y est notamment question de levée du moratoire et d'assurance autonomie. Dans ce contexte, quel est l'état du secteur et quels sont les enjeux d'actualité ?

Quelques chiffres sur l'état du secteur

En avril 2017, la Wallonie comptait 563 maisons de repos (MR) représentant 49.070 lits. Leur taille moyenne était de 87 lits. Le pourcentage de lits maison de repos et de soins

¹ Aviq, Rapport biennuel des établissements d'accueil et d'hébergement des aînés au 31.12.2014. Bureau du Plan, Perspectives des populations.

² Agence pour une Vie de Qualité. C'est un organisme d'intérêt public (OIP) autonome gérant les compétences de la santé, du bien-être, de l'accompagnement des personnes âgées...

(MRS) était de 45 %. Pour mémoire, ces lits sont réservés à de personnes qui ont une perte d'autonomie significative. Ils font l'objet d'un agrément spécial et d'un financement spécifique. Il subsiste encore 136 maisons de repos dites pures, soit sans lits maison de repos et de soins. Elles ont en moyenne 50 lits et représentent 14 % de l'offre d'hébergement.

Le taux d'occupation de l'ensemble des structures était de 95,9 % au cours de la dernière année de référence³. Le budget pour les soins dans ces résidences relevant de la compétence wallonne⁴ s'élevait à 939,3 millions d'euros pour 2017.

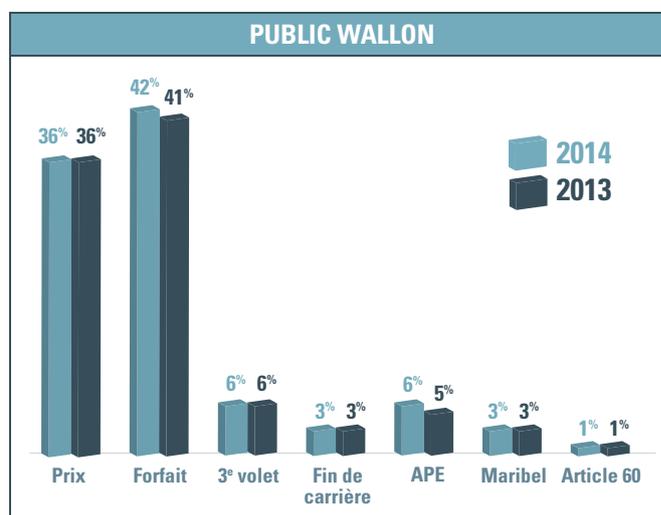
« Un recours est pendante à la Cour constitutionnelle pour mettre fin à la discrimination du tax shift »

Le secteur des maisons de repos offrait du travail à 22.069 ETP, soit 27.587 personnes en 2015. Au premier semestre 2017, les maisons de repos publiques comptaient, à elles seules, 11.482 travailleurs. C'est un élément à souligner. Trop souvent, l'accompagnement des aînés est perçu comme une charge financière appelée à croître de façon inexorable, voire inquiétante. Or, les maisons de repos sont un important pourvoyeur d'emplois, non délocalisables et pour différents niveaux de qualification. L'importance de cet emploi ressort également des chiffres relatifs à l'encadrement pour 30 résidents. En moyenne, il y a près d'un ETP pour deux résidents (14,4 ETP pour 30). Sans surprise, l'encadrement est plus significatif en secteur public. À ce niveau, il convient de tenir compte du fait que les chiffres reprennent les personnes en 'article 60'⁵ et que la sous-traitance est plus développée dans le secteur privé.

ENCADREMENT PAR 30 RÉSIDENTS EN 2015			
Personnel	Soins	Non soins	TOTAL
Privé	9,0	3,0	12,0
Public*	11,6	6,0	17,6
Asbl	10,3	5,0	15,3
Moyenne	10,0	4,3	14,4

Comment une maison de repos publique wallonne couvre-t-elle ses coûts ? En Wallonie⁶, en 2014, dans le compte, les forfaits Inami s'élevaient à 42 % des dépenses et

les prix à 36 %. Le troisième volet⁷ et la mesure 'fin de carrière'⁸ représentaient respectivement 6 % et 3 % des dépenses. Un financement structurel peut être calculé en additionnant les recettes Inami, celles venant du prix de journée, du Maribel social, des APE et des 'articles 60'. Il était de 96 % en 2014.



Le secteur public gère 28 % des lits. Le secteur commercial est l'acteur majoritaire avec 48,4 % des lits. Le solde relève du secteur associatif (23,6 %). Pour le financement des soins, suivant l'autonomie de la personne, les résidents sont classés dans différentes catégories. Celle des O reprend les personnes physiquement autonomes. En Wallonie, leur part était de 26 % en 1999. Elle n'était plus que de 17,2 % en 2012 et 13,4 % en 2016. Cela implique que les personnes qui sont en maison de repos sont de plus en plus dépendantes et que les personnes « autonomes » restent toujours plus à domicile.

Dans les maisons de repos publiques, en 2015, 5 % des résidents sont aidés par le CPAS de l'entité et 2 % par un autre CPAS. Depuis 1990, une allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) existe. C'est un forfait mensuel qui dépend du degré d'autonomie et qui est lié à des conditions médicales et de ressources. Dans les structures publiques wallonnes, 19 % des résidents avaient droit à une APA en 2015. En 1999, il n'y en avait que 12 %.

Il n'existe plus de statistiques officielles des prix de maisons de repos depuis 2014⁹. Sur base d'une enquête propre à la Fédération des CPAS, nous savons que le tarif moyen de base était de 39,30 euros en 2015 en secteur public¹⁰.

³ 1.7.2015 au 30.6.2016.

⁴ L'intervention du médecin, les médicaments et la kinésithérapie en maison de repos restent de compétence fédérale.

⁵ L'article 60 §7 de la L.O. des CPAS stipule que « lorsqu'une personne doit justifier d'une période de travail pour obtenir le bénéfice complet de certaines allocations sociales, le CPAS prend toutes les dispositions de nature à lui procurer un emploi. Le cas échéant, il fournit cette forme d'aide sociale en agissant lui-même comme employeur. »

⁶ J.-M. Rombeaux, *Radioscopie 2015 des maisons de repos publiques*.

⁷ Il couvre en partie des avantages sociaux pour le personnel.

⁸ Un financement est prévu pour une réduction du temps de travail pour le personnel de soins : 2h par semaine pour les plus de 45 ans, 4 pour les plus de 50 ans, 6 pour les plus de 55 ans.

⁹ C'est un des « dommages collatéraux » de la défédéralisation.

¹⁰ J.-M. Rombeaux, *op. cit.*



Depuis la loi du 12 juillet 1966 relative aux maisons de repos, la réglementation a connu en 50 ans une longue évolution et une progressive maturation. Nombre de normes continuent à faire sens et traduisent des équilibres. Bien qu'elles soient améliorables, un long chemin a été parcouru. Dans cette optique, il est intéressant de se pencher sur les plaintes enregistrées par la Région¹¹. En 2016, elles étaient de 157, soit 2,8 pour 1000 lits. Elles concernent essentiellement le secteur commercial :

NOMBRE DE PLAINTES EN MAISON DE REPOS EN 2016		
Secteur	Nombre	
Commercial	88	64,7 %
Public	26	19,1 %
Associatif	22	16,2 %
TOTAL	136	100,0 %

Les trois principaux griefs sont les suivants :

Soins	43	20,3 %
Personnel - organisation du travail	37	17,5 %
Alimentation	25	11,8 %
TOTAL	212	100,0 %

La résidence-services et le centre de soins de jour sont deux formules qui sont promues comme alternatives à la maison de repos. La résidence-services est un ou plusieurs bâtiments, qui offre à ses résidents des logements leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquels ils peuvent faire librement appel. En mars 2017, 139 existaient en Wallonie avec 2.700 logements. Le prix moyen y était de 1.018 euros par mois en 2014 en secteur public, 1.056 dans l'associatif et 1.430 dans le secteur commercial.

Le centre de soins de jour (CSJ) est un centre d'accueil de jour offrant une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile. Il n'y en a que 34 avec un total de 332 places au Sud du pays. Le secteur public en gère près de la moitié (48 %). Le prix journalier moyen en 2014 y était de 17,50 euros en secteur public, pour 23,5 dans l'associatif et 24,7 dans le secteur commercial.

Enjeux d'actualité

À ce niveau, nous discuterons les questions suivantes :

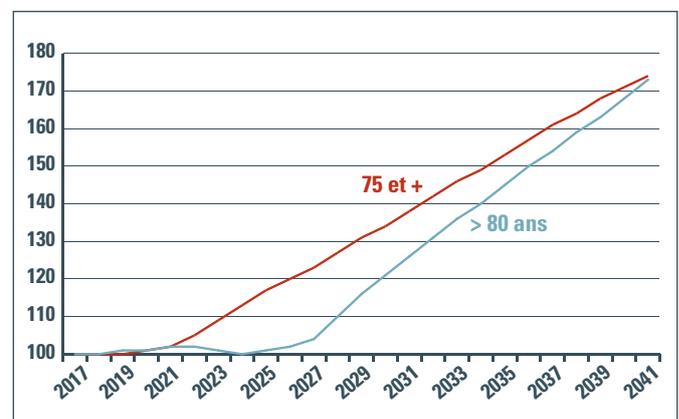
- la priorité à la continuité et les aléas financiers,
- la discrimination du *tax shift*,
- l'assurance autonomie,
- la levée du moratoire,
- les perspectives en termes de prix,
- le possible nouveau mode de subvention des investissements,
- la diversification de l'offre et l'isolement social.

Priorité à la continuité et aléa financier

En 2010, la Fédération des CPAS avait exprimé son opposition à la défédéralisation. « Si la norme de croissance préconisée devient réalité, la marge de croissance du secteur va être pratiquement réduite de plus de 70 %. Autant dire qu'il risque de vivre ». Elle avait aussi pointé des « risques de distorsion et problèmes de cohérence » avec les compétences restées au Fédéral.

Sept ans plus tard, on ne peut pas dire que les faits ont infirmé cette prescience. Depuis la régionalisation, une sorte de standstill prévaut. Il n'y a pas de perte ou avancée majeure après un « cercle vertueux » d'environ 20 ans (1991-2011). 1991 fut l'année de l'introduction des premiers forfaits en maisons de repos. Dans les deux décennies qui ont suivi, une série de progrès significatifs ont été enregistrés régulièrement sous la forme d'amélioration des normes, de relèvement de l'encadrement et de requalification de lits maisons de repos en lits maisons de repos et de soins. Cette dynamique est rompue.

C'était prévisible avec une loi de financement restrictive. La dotation aux personnes âgées y est fonction de la population de plus de 80 ans et partiellement (à 62,5 %) liée au PIB par habitant. En outre, l'ensemble des finances régionales seront impactées par la fin de la période de transition en 2024. Enfin, comme la programmation est fonction des plus de 75 ans, une impasse est à prévoir à partir de 2021. Cette année-là, la population des 75 ans dont est fonction l'ouverture de lits dépasse nettement et durablement celle des octogénaires pris en compte pour le financement.



Si le financement est défédéralisé depuis le 1^{er} juillet 2014, l'Inami sous-traite jusque fin 2018 sa gestion. En pratique, l'opérationnel n'est pas prêt. C'est un enjeu majeur en termes de continuité de soins et de trésorerie. Il est présent dans la DPR de juillet 2017. « Singulièrement pour les allocations familiales, la réorganisation de la première ligne de soins et le secteur des maisons de repos, les réformes indispensables seront menées à bien en ayant à cœur la priorité absolue de la continuité des prestations. Le fonctionnement de l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) sera parachevé ».

¹¹ Commission wallonne des aînés, *Rapport annuel 2017 relatif aux plaintes enregistrées durant l'année 2016 vis-à-vis des établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées.*



Décidée fin 2015, l'AVIQ n'a pas encore atteint un régime de croisière. C'est préoccupant.

En vue d'assurer cette continuité au niveau du secteur des maisons de repos (MR), pour la Fédération des CPAS, il convient de :

- maintenir des moyens actuellement investis par l'Inami dans ce secteur ;
- procéder au recrutement du personnel qualifié nécessaire au niveau de l'Aviq pour la gestion du financement ;
- maintenir l'outil informatique actuel et sa mise à jour au fur et à mesure des changements législatifs ;
- mettre en place la Commission accueil et hébergement des personnes âgées.

En maison de repos, le troisième volet est un financement qui couvre en partie des avantages sociaux pour le personnel. Il prévoit une mesure de correction linéaire en cas de dépassement d'un plafond d'emplois. La Fédération s'est toujours opposée à cette disposition linéaire qui peut pénaliser un secteur grand pourvoyeur de travail. Suite à la réforme de l'État, le plafond national devait être supprimé. Nous l'avons signifié à multiples reprises au Cabinet du Ministre compétent. En janvier 2017, il a proposé un plafond régional de 8.584 ETP. Il est repris dans un arrêté du 3 mai dernier. Il se fonde sur un existant correspondant aux titres de fonctionnement octroyés sans tenir compte des lits en accord de principe et de l'augmentation de la dépendance. Dès lors, il donne de l'air à court terme mais ne constitue pas une solution structurelle.

La discrimination du tax shift

Un volet du *tax shift* réduit les cotisations sociales patronales. Il amplifie la mesure bas salaires qui ne bénéficie qu'au seul secteur privé. Il en découle une perte évaluée à 58,6 millions pour l'ensemble des pouvoirs locaux wallons. Au sein de ceux-ci, sur base de leur part dans l'emploi Maribel, on peut estimer que, si les maisons de repos publiques bénéficiaient de la mesure bas salaire, elles paieraient 11,4 millions de cotisations sociales en moins. Initié par le CPAS de Mons, un recours est pendant à la Cour constitutionnelle pour mettre fin à cette discrimination qui implique une forme de distorsion de concurrence entre secteurs public et privé.

Assurance autonomie ou APA revisité ?

L'assurance autonomie est un autre grand dossier en cours. Elle est également reprise dans la DPR de juillet dernier. Cette assurance existerait tant à domicile qu'en résidence. Sur ce point, la Fédération avait mené un long et victorieux combat pour qu'il n'y ait point de discrimination en fonction du milieu de vie.

Aux termes de la DPR, « *le Gouvernement arrêtera les contours précis de cette politique nouvelle dans les meilleurs délais* ». Au Parlement, des conceptions différentes ont été exprimées. Certains plaidaient pour une intervention monétaire au bénéfice de la personne avec une liberté quant à son utilisation et ce, notamment en vertu du principe de confiance. D'autres soutenaient que les moyens devaient se traduire par une

intervention dans le financement des services à domicile de sorte à augmenter leur offre et accessibilité

En tous les cas, la Fédération estime que cette assurance autonomie devrait être au moins aussi avantageuse que l'APA. La contribution à cette assurance et le montant de son intervention sont à moduler en fonction des revenus. Tant que cette assurance n'est pas portée sur les fonds baptismaux, il convient de :

- maintenir l'ouverture d'un droit via l'APA ;
- ramener le traitement des dossiers y afférents à moins de trois mois.

Vu le nombre de problèmes techniques à résoudre, en MR, ne serait-il pas plus simple de maintenir en MR un dispositif qui s'inspire de l'APA tout en le simplifiant et le généralisant ?

Cette assurance est annoncée pour début 2019, voire 2020, après avoir été prévue pour janvier 2017, puis 2018. Une note d'orientation a été déposée en Gouvernement le 26 octobre 2017. Elle reposerait sur les lignes de force suivantes. En premier lieu, l'APA serait maintenue intégralement dans tous les milieux de vie. En deuxième lieu, les MR-MRS seraient exclues. En troisième lieu, les moyens injectés serviraient à développer davantage les services à domicile via les contingents. La cotisation de base serait de 50 euros pour toute personne de 26 ans et plus. La dépendance visée serait une dépendance légère afin d'essayer de limiter la perte d'autonomie. Elle serait évaluée par les centres de coordination ou les médecins généralistes.

« Depuis 2014, une grande partie du financement a été défédéralisée »

Ces éléments devront être confirmés et analysés. En l'état, quatre observations. La poursuite de l'APA serait raisonnable : la Fédération la préconisait. Le dispositif est proposé comme relevant de la sécurité sociale. Or, la cotisation est forfaitaire. Dans la sécurité sociale, la contribution est proportionnelle aux revenus et il y a un financement alternatif. C'est important pour avoir des moyens qui évoluent avec l'inflation et la richesse créée dans le pays. Qu'un effort significatif soit prévu pour le domicile peut certainement être défendu eu égard à son développement insuffisant. De là à ne rien prévoir pour le secteur résidentiel, il y a un pas à ne pas franchir. On ne voit pas ce qui justifie l'exclusion des MR-MRS particulièrement quand on constate que les prix sont à la hausse vu les normes plus élevées qui ont été imposées et la rareté du foncier. Si on ne prévoit rien, on risque d'avoir davantage de personnes qui émargent au CPAS ou qui sont orientées vers des maisons à prix et qualité variables.

Vers une levée du moratoire

Déjà mentionnée dans le plan 'papy-boom', la levée du moratoire figure dans la DPR de juillet 2017. « *Le moratoire relatif aux nouvelles places en maisons de repos et maisons de*



repos et de soins sera levé de manière à répondre les plus efficacement aux besoins de la population et permettant ainsi une plus grande participation du secteur privé ».

Cette levée permettrait de répondre à une réelle demande et est à saluer. Dans le même temps, elle impliquera *ipso facto* un besoin en financement de soins.

Depuis 1999, pour l'ouverture de lits, un mécanisme de régulation des parts sectorielles existe. 29 % minimum des lits au secteur public, 21 % minimum au secteur associatif et 50 % maximum au secteur commercial.

Cette régulation fut justifiée comme suit lors des travaux parlementaires en 1997. « *Le respect d'un équilibre secteur privé-secteur public, privé lucratif et puis associatif, doit être envisagé de telle sorte qu'il soit permis à une personne âgée de choisir dans un périmètre assez proche de son domicile un hébergement dans ces différents types de secteurs, comme précisé dans le commentaire des articles* ». Aujourd'hui encore, cet argument du possible choix reste pertinent !

Comme le montrent les chiffres ci-dessous, depuis son application en 1999, la régulation a fonctionné au niveau régional : il y a eu création de lits et rééquilibrage.

	Public	Asbl	Commercial	TOTAL
1/01/1999	11.898	8.902	21.549	42.349
	28 %	21 %	51 %	100 %
1/04/2017	13.742	11.600	23.728	49.070
	28,0 %	23,6 %	48,4 %	100 %
2017-1999	1.844	2.698	2.179	6.721
idem par an	102	150	121	373
2017-1999	13,7 %	24,1 %	9,1 %	13,80 %

Last but not least, la suppression de cette régulation favoriserait *de facto* la marchandisation du secteur.

187 millions pour les investissements et un mode de subvention qui pose problème

Dans son mémorandum de 2014, la Fédération plaideait la poursuite de la majoration des crédits de subventions pour les investissements de maisons de repos publiques. Si 35 millions avaient été prévus dans la trajectoire budgétaire du précédent Gouvernement, rien ne fut libéré pendant trois ans. La Fédération a donc accueilli très positivement que des subventions soient libérées pour un total de 187 millions et que 13 millions soient réservés pour les soins dans 677 lits en accord de principe.

Dans le plan 'papy-boom', un nouveau mode de subventions des investissements comparable à celui des hôpitaux est annoncé pour 2019.

Il reposerait sur la facturation, via les organismes assureurs, d'un prix d'hébergement à la journée. L'objectif annoncé est de favoriser l'égalité d'accès aux interventions des pouvoirs publics et permettre la déconsolidation des investissements (enjeu des normes comptables européennes). Tous les acteurs

pourraient prétendre à un subventionnement mais il y aurait des critères. Les critères impératifs seraient les suivants :

- prix « *all in* » maximum et conventionnel pour le résident,
- exonération du précompte immobilier,
- ne pas être soumis à l'impôt des sociétés,
- absence de distribution de dividende,
- qualité de prise en charge certifiée.

Les critères pondérés seraient le taux d'encadrement du personnel, la qualité de l'emploi occupé, la mixité sociale et la diversification de l'offre, plusieurs services présents.

Actuellement, seuls des opérateurs non marchands peuvent recevoir des subventions à l'investissement. Dès aujourd'hui, la Région ne dispose pas des moyens nécessaires pour répondre aux demandes de subventions. Des dossiers sont en attente depuis des années. Dans le même temps, il est question d'ouvrir le régime de subvention régional au secteur marchand. Il nous semblerait plus opportun d'apurer le passif, « la liste d'attente », avant de susciter de nouvelles demandes. C'est d'autant plus vrai que la Région dispose de peu de marges financières.

En Wallonie, plus de 50 % des maisons de repos sont gérées par des opérateurs marchands. C'est une différence fondamentale avec le secteur hospitalier. Elles sont déjà rentables sans subventions. De l'avis de nombre d'observateurs, le mécanisme proposé est juridiquement fragile.

Si le dispositif envisagé est adopté, la totalité du montant des emprunts seraient au niveau du gestionnaire et, donc en secteur public, du pouvoir local. Cette pratique serait-elle compatible avec les balises d'investissement tant dans leur définition régionale qu'euro-péenne ?

Pour la Fédération, le caractère non marchand du gestionnaire doit rester une condition sine qua non du mécanisme de subventions. À Bruxelles, la Cocom a opté pour un modèle qui tient compte des contraintes européennes tout en gardant l'accès des subventions au seul secteur non marchand. Pourquoi ne pas s'en inspirer en Wallonie ? Au travers de ce débat sur le mode de subvention des investissements se pose un enjeu de société déjà évoqué plus haut dans le cadre de la levée du moratoire : la marchandisation du secteur.

Perspectives en termes de prix

La question des prix en maison de repos défraye sporadiquement l'actualité. Il convient de rappeler que les prix sont déjà régulés. Une liste de 37 points définit les éléments obligatoirement couverts par le prix, avec plusieurs items par point. Il y a obligation d'un dossier de demande préalable si une hausse de prix est envisagée. La hausse ne peut dépasser 5 % au-delà de l'inflation. Le prix est maintenu aux 'anciens' résidents en cas de travaux...

Le plan 'papy-boom' prévoit qu'une série de suppléments soient supprimés :

- le raccordement et l'abonnement à la télédistribution ;
- le raccordement à la TV ;
- l'accès à internet ;



- l'eau potable au chevet des résidents ;
- le raccordement téléphonique et le poste téléphonique ;
- le frigo. Le frigo en chambre est un standard d'équipements dans les nouvelles constructions, les extensions et les transformations-reconditionnement ;
- l'entretien du linge.

Ce plan propose aussi que des grilles tarifaires regroupant une série de prix couvrant les services communs soient constituées. Sur cette base, les prix pourront être modulés en fonction de réalités liées à la taille, à la localisation ou à des infrastructures spécifiques en lien avec la qualité de vie des personnes hébergées.

La définition de grille tarifaire serait techniquement compliquée. Sans prétendre à l'exhaustivité :

- le prix de l'immobilier varie dans l'espace géographique,
- le projet de vie et, partant, la conception et l'équipement du bâtiment peuvent différer,
- le niveau d'attente ou d'exigence du résident n'est pas homogène...

Enfin, pour toutes les nouvelles maisons de repos (y compris les extensions et les gros reconditionnements), le plan 'papy-boom' prévoit que le premier prix soit calculé sur base d'un dossier justificatif.

Actuellement, toute demande de hausse de prix passe par une demande préalable. Rien n'est prévu en cas de premier prix. Il y a là une incohérence. À cette aune, le changement envisagé est logique. Dans le même temps, il convient que la réalité économique soit respectée. Pour autant que la maison de repos puisse justifier les éléments de son premier prix, il ne doit pas être remis en question.

Diversification des services et isolement social

Dans le plan 'papy-boom' toujours, « *il est souhaité d'encourager la diversification des modèles tout en garantissant la qualité de vie de l'ensemble des résidents, résidences-services médicalisées, acquises ou sociales, coopératives immobilières intergénérationnelles, services ou maisons de convalescence, projets intergénérationnels en permettant notamment la cohabitation d'une crèche au sein d'un lieu d'accueil et d'hébergement de personnes âgées, projets de « campus seniors » destinés à faire cohabiter des étudiants et des personnes âgées... pour lesquelles des projets-pilotes seront lancés et financés avec l'objectif de les pérenniser* ». Il est question de souhait et de projet-pilote. C'est peu. Rien n'est prévu pour les résidences-services sociales ou les centres de soins de jour.

De même, la question de l'isolement social des aînés n'est pas abordée. Dans cette optique, rappelons que la Fédération demande le développement avec financement de maisons communautaires afin de favoriser la rencontre de personnes

âgées isolées. Une maison communautaire peut être définie comme un lieu de vie où est proposée, en journée à des aînés, régulièrement et en groupe, la possibilité d'un accueil, de rencontre de personnes de même génération, de contacts avec des personnes d'un autre âge, d'activités participatives diverses, d'échanges, de moments de convivialité¹². Cette formule ne fait pas, à ce jour, l'objet d'une subvention spécifique. Parfois en partenariat avec le secteur privé, des CPAS l'ont développée en combinant des fonds propres, l'intervention de service d'aide aux familles et des APE.

Cette formule vise notamment d'offrir un élément de réponse à la question de l'isolement social. Elle est appelée à prendre de l'ampleur. En Flandre, un dispositif analogue existe dans chaque commune. C'est une source d'inspiration que nous évoquerons brièvement¹³. Le centre local de services est une structure ayant comme mission d'offrir aux usagers :

- les 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 locales et les organisations offrant des activités similaires ;
- de l'aide aux activités de la vie quotidienne.

Le centre est tenu de déployer au moins les activités suivantes, le cas échéant sur la base d'un partenariat :

- organiser des activités de nature informative, éducative 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 usagers.

À Bruxelles, de façon analogue, des maisons de quartiers se sont développées et servent d'appui à un plan isolement. Il est marqué par 2 actions spécifiques liées aux conditions climatiques permettant de toucher aussi des personnes moins mobiles et parfois même ne pouvant pas participer à la vie du quartier : le Plan Canicule (du 15 mai au 15 septembre) et le Plan Grand Froid (du 15 octobre au 31 mars). Toute l'année, un numéro vert gratuit est aussi mis à disposition des habitants pour signaler toute situation d'isolement, de fragilité, etc.

« *Vieillir est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps* » (Sainte-Beuve). Le vieillissement concerne chacun d'entre nous. Il va requérir le développement de nouveaux services pour aînés, et notamment la construction de maisons de repos. Soucieux du bien-être de la population, des mandataires et fonctionnaires l'envisagent à juste titre¹⁴. En la matière, les acteurs locaux ont une responsabilité et un rôle pour répondre à une demande grandissante de services de proximité en veillant à leur accessibilité financière et à l'existence d'une possibilité de choix.

¹² Annexe 39 du Crwass.

¹³ Décr. 13.3.2009 sur les soins et le logement, art 16 et 17.

¹⁴ J.-M. Rombeaux, *Points d'attention pour un pouvoir local qui veut construire une maison de repos*, 2015. <http://www.uvcw.be/espaces/cpas/179.cfm>