O'BRIEN Stephen

Évaluation de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles: approches quantitative et qualitative

Mémoire de fin d'études

Université libre de Bruxelles
Faculté de Médecine
Master de spécialisation en Médecine Générale

Année académique 2017-2018

Promotrice : Professeur KACENELENBOGEN Nadine

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Professeur Nadine Kacenelenbogen, pour ses conseils et sa confiance.

Je voudrais ensuite remercier Judith pour la motivation, l'organisation, les relectures, le soutien moral (et j'en passe!) qu'elle m'a apportés.
Merci à mon père pour son implication et son aide inestimable.
Merci à Martin pour le temps passé à me relire.
Merci à ma mère pour son soutien infaillible.
Merci à Siam pour ses beaux yeux.

Table des matières

Liste des abréviations **3**

Résumé **4**

Préambule **6**

Introduction **7**

Méthodologie **9**
Méthodologie de la recherche bibliographique 9
Méthodologie de la recherche scientifique 9

Résultats **12**
Évolution du secteur commercial 12
Évolution de la part des secteurs public, associatif et commercial 12
Modifications du secteur commercial 15
Impact sur le prix et l'accessibilité financière 17
Évolution du prix d'hébergement 17
Accessibilité financière 19
Effets sur la qualité de vie et les conditions de travail 22
Caractéristiques de l'échantillon 22
Analyse des entretiens semi-dirigés 23

Discussion **35**
Évolution du secteur commercial 35
Impact sur le prix et l'accessibilité financière 38
Effets sur la qualité de vie et les conditions de travail 41
Conclusion 43

Références **45**

Liste des abréviations

ASBL	Association sans but lucratif
EU-SILC	European Union – Statistics on Income and Living Conditions
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
IBSA	Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
MRPA	Maison de repos pour personnes âgées
MRS	Maison de repos et de soins
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé

Résumé

Introduction

Le vieillissement attendu de la population pose de nombreux défis dont celui de la gestion de l'offre en maisons de repos et sa régulation. En Belgique, cette tâche est sous la responsabilité de chaque région depuis la sixième réforme de l'Etat. Bruxelles a la particularité de posséder un secteur commercial nettement plus important que la Flandre et la Wallonie avec près de deux tiers de ses maisons de repos gérées par des entreprises commerciales.

Objectifs

Les objectifs de ce travail sont d'étudier l'évolution de la logique commerciale dans le domaine des maisons de repos à Bruxelles et d'analyser les impacts de celle-ci, d'une part, sur les prix et l'accessibilité financière des maisons de repos et d'autre part sur la qualité de la prise en charge des résidents.

Méthodes

Les deux premiers objectifs ont été traités par une approche quantitative sur base de données économiques et épidémiologiques. Le troisième a été abordé par une approche qualitative à travers des entretiens semi-dirigés.

Résultats

La part des lits gérée par le secteur commercial est restée relativement stable entre 2000 et 2017. A contrario, la proportion des lits détenue par les groupes commerciaux gestionnaires de 2 institutions ou plus est passée de 42% à 55% entre 2010 et 2017. Le prix mensuel d'hébergement en maison de repos a subit une constante croissance entre 2012 et 2017. Les secteurs commercial et associatif affichent des prix plus élevés que le secteur public, entravant ainsi leur accessibilité financière. Cette accessibilité a une importance particulière à Bruxelles étant donné ses taux élevés de risque de pauvreté et de bénéficiaires de la GRAPA. Huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès d'un échantillon diversifié de soignantes travaillant en maison de repos. Globalement, les soignantes du secteur commercial décrivaient une détérioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Les causes principalement évoquées étaient la surcharge de travail et les économies réalisées par les gestionnaires. Les soignantes du secteur commercial étaient interpellées par la priorité

lucrative de leurs établissements, à laquelle elles attribuent une partie des changements négatifs dont elles avaient été témoins.

Conclusion

Une commercialisation des maisons de repos s'est opérée à Bruxelles ces dernières années à travers l'expansion des groupes commerciaux. Les soignantes interrogées travaillant pour ces groupes dénonçaient une gestion dominée par une logique lucrative au détriment de la qualité de vie des résidents. Les auteurs ont mis en évidence les potentiels impacts négatifs de la commercialisation sur l'accessibilité financière des maisons de repos et la qualité de leurs soins. Ce travail aura mis en exergue la fracture concernant les priorités au sein des maisons de repos, avec d'un côté l'intérêt économique, dicté par des impératifs financiers, et de l'autre, l'intérêt humain, représenté par le bien-être des résidents.

Préambule

"Parce que les personnes âgées sont souvent étiquetées comme faisant partie du passé, elles peuvent être négligées dans la progression vers le futur."

Araujo de Carvalho I, Beard J, Chatterji S, Epping Jordan J, Harvey A, Keating N et al: Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2016.

Introduction

Le vieillissement de la population en Belgique s'accélère. En 2017, le pays comptait 1 personne âgée de 67 ans et plus pour 4 personnes de 18 à 66 ans. Selon les estimations du Bureau du Plan, ce rapport passera à 1 pour 2,6 à l'horizon 2040 (1). Ce vieillissement attendu de la population pose de nombreux défis. Le Conseil Supérieur des Finances estime que les dépenses sociales pourraient passer de 25,3% du PIB à 28,5% entre 2017 et 2040, principalement en raison des dépenses en pensions et en soins de santé (2). Le coût lié aux maisons de repos sera responsable d'une part importante de cette croissance du budget des soins de santé (2). La politique d'organisation des maisons de repos devra donc s'adapter à cette évolution. Suite à la sixième réforme de l'Etat, les entités fédérées sont devenues compétentes en matière de soins aux personnes âgées en maisons de repos. Sachant que les régions sont responsables de la régulation des prix en maison de repos pour leur territoire, c'est à elles que reviendra la lourde tâche de trouver des solutions à la problématique de l'augmentation du poids budgétaire liée aux soins de longue durée (3). Dans ce contexte, la qualité et l'accessibilité de ces établissements seront des enjeux majeurs à ne pas sous-estimer (4).

Les personnes âgées représentent la population qui consulte le plus les médecins généralistes parmi les différentes tranches d'âge. De fait, le nombre moyen de contacts double à partir de 65 ans pour les femmes et 75 ans pour les hommes, atteignant ainsi une moyenne de 8 contacts par an (5). Dans ce cadre, le médecin généraliste a un double rôle: il est à la fois acteur en tant que soignant des résidents et témoin privilégié de l'organisation interne des maisons de repos. Cette position particulière a fait émerger les questionnements à l'origine de ce travail.

En Belgique, les maisons de repos sont gérées par 3 types d'acteurs: public, associatif ou commercial (4). Bruxelles[1] a la particularité de posséder un secteur commercial nettement plus important que la Flandre et la Wallonie avec près de deux tiers de ses maisons de repos gérées par des entreprises commerciales (6). La commercialisation des soins de santé a été définie par la *United Nations Research Institute for Social Development* en 2007 comme : *"l'accroissement des services de soins de santé organisés à travers des relations de marché pour ceux capables de payer, l'investissement dans et la production de ces services dans un*

[1] Lorsque "Bruxelles" est mentionné dans ce travail, les auteurs font référence systématiquement à la région de Bruxelles-Capitale.

but de revenus financiers ou de profits, un accroissement de la part du financement des soins de santé provenant des systèmes de paiement basé sur des paiements individuels ou des assurances privées" (7). C'est à partir de cette définition que les auteurs se sont penchés sur la question de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles. Quelle a été l'évolution du secteur jusqu'à présent? Quels sont les impacts en termes de coûts et de qualité de la prise en charge des résidents?

Face aux défis budgétaires et humains auxquels le secteur bruxellois des maisons de repos est confronté, la réponse à ces questions permettrait de nourrir une réflexion plus large sur l'orientation à donner aux politiques futures en matière de prise en charge des personnes âgées en institution.

Ce travail comporte trois objectifs. Le premier est d'analyser l'évolution de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles. Le deuxième est d'en évaluer l'impact sur le prix de l'hébergement et l'accessibilité financière des maisons de repos. Le troisième est d'en étudier les effets sur les conditions de vie et de travail au sein des maisons de repos. Les deux premiers objectifs seront abordés par une approche quantitative sur base de données économiques et épidémiologiques. Le troisième sera traité par une approche qualitative à travers des entretiens semi-dirigés.

Méthodologie

1. Méthodologie de la recherche bibliographique

Outils utilisés

Les bases de données bibliographiques consultées furent Medline, Sciencedirect et Cochrane Library. Le moteur de recherche spécialisé Google Scholar fut également employé.

Stratégie de recherche

Les termes de recherche furent les suivants : *nursing homes, residential care, residential facilities, commercialization/commercialisation, privatization/privatisation, ownership, quality of health care, cost, health care expenditures.* Leurs traductions françaises furent utilisées dans certains cas. La sélection s'est concentrée sur des revues ainsi que sur des rapports de recherche d'organes officiels tels que l'OMS. Un tri a été effectué, premièrement, sur base des titres des documents, ensuite, à partir de leur *abstract*, et finalement, après lecture des textes dans leur intégralité. La recherche fut limitée dans le temps à l'année 2000. Il n'y avait pas de restriction géographique.

Une seconde revue de la littérature, selon les mêmes modalités, a été réalisée par la suite afin d'élaborer la grille d'entretien pour la réalisation des entretiens semi-dirigés. Les termes de recherche furent: *nursing homes, residential care, residential facilities, quality, quality of life, health care quality.*

2. Méthodologie de la recherche scientifique

a. Données économiques et épidémiologiques

Outils utilisés

Les données épidémiologiques et économiques ont été récoltées à partir de données brutes de l'INAMI (8), de l'IBSA (9) et du Service Fédérale des Pensions (10) et de données compilées provenant de publications et d'études d'Infor-Homes Bruxelles ASBL (11-18), de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (19-20), de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (3) et de la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (6). Les données extraites furent intégrées dans des tableaux et transposées en graphiques.

Critères de restriction

La recherche fut concentrée sur Bruxelles. Dans les cas opportuns et dans un but comparatif, elle fut élargie à la Belgique et à l'Europe. Il n'y avait pas de critères de restriction temporelle.

b. Entretiens semi-dirigés

Entretiens préalables

Lors de la préparation de ce travail, des rencontres informelles ont été organisées avec plusieurs experts du secteur des maisons de repos à Bruxelles. Ceux-ci comprenaient un travailleur d'Infor-Homes Bruxelles ASBL, un consultant spécialisé dans les maisons de repos, le directeur d'une maison de repos et un chef de service de gériatrie.

Design de l'étude

La partie qualitative de ce travail fut réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de soignants travaillant en maison de repos à Bruxelles. Les entretiens ont eu lieu entre janvier et mars 2018.

Recrutement

Les participants ont été recrutés par téléphone ou courriel. Le contact initial avec les participants a été facilité par des personnes de référence travaillant en première ligne ou rencontrées lors d'entretiens préalables.

Collecte des données

Les entretiens individuels ont été menés à huis clos en présence de l'enquêteur et du participant. Dans un premier temps, les participants étaient invités à remplir un formulaire sur leurs informations personnelles (Tableau 1). Ensuite, l'entretien débutait par la question ouverte suivante: "Est-ce que vous pourriez me décrire l'évolution des conditions de travail et des conditions de vie des résidents, ces dernières années, dans votre maison de repos?". Une grille d'entretien était utilisée au cours de la discussion (Tableau 2). Celle-ci fut alimentée au fur et à mesure des entretiens par l'apparition de nouveaux thèmes abordés par les participants. L'enquêteur intervenait uniquement pour recadrer le participant ou approfondir certains sujets. Les entretiens furent tous enregistrés à l'aide d'un magnétophone et intégralement retranscrits par la suite (Annexes B1-B8).

Analyse des données

L'approche de la théorie ancrée fut utilisée pour l'analyse des retranscriptions. Les thèmes et idées abordés furent extraits des retranscriptions. L'apparition de ces thèmes fut ensuite encodée dans un tableau (Annexe C). Pour finir, les thèmes et concepts semblables furent regroupés en catégories.

Tableau 1 : Formule d'informations personnelles
Genre : _____ **Âge :** _____ ans **Institution :** _____ **Profession :** _____ **Années de carrière:** _____ ans **Années dans cette institution:** _____ ans **Temps de travail hebdomadaire:** _____ heures/semaine **Institutions précédentes :** _____ _____

Tableau 2 : Grille d'entretien initiale
Qualité des conditions de travail ● Horaires ● Charge de travail / pression ● Soins (toilettes, repas)
Qualité de vie des résidents ● Autonomie ● Choix ● Nourriture ● Toilettes ● Activités ● Horaires
Qualité du contact avec les résidents ● Temps ● Appréciation
Interactions avec tiers ● Collègues ● Directeurs et gestionnaires ● Famille des résidents
Informations sur d'autres maisons de repos ● Le participant ● Ses contacts

Résultats

1. Évolution du secteur commercial

Tous les chiffres, tableaux et graphiques présentés dans ce travail font référence à la région de Bruxelles-Capitale sauf indication contraire. Lorsque des "lits" sont mentionnés, les auteurs font référence à des lits MR et MRS[2] sans distinction sauf indication contraire.

a. Évolution de la part des secteurs public, associatif et commercial

Évolution de la part des lits par secteur entre 1996 et 2017 (Figure 1) (8,15-18)

Entre 1996 et 2000, la part des lits du secteur commercial a augmenté en passant de 58% à 62,1%. Depuis 2000, cette proportion est restée relativement stable variant entre 61,4% (2012) et 63,7% (2016) pour arriver en 2017 à 62,8%. La part du secteur public a, à l'inverse, diminué entre 1996 et 2000, passant de 28,5% à 24,9%. Entre 2000 et 2013, cette proportion n'a varié que légèrement. Depuis 2013, la part du secteur public s'est réduite de manière constante arrivant en 2017 à 21,6%, soit son taux le plus bas depuis 1996. La part du secteur associatif est, quant à elle, passée entre 1996 et 2017 de 13,5% à 15,7%.

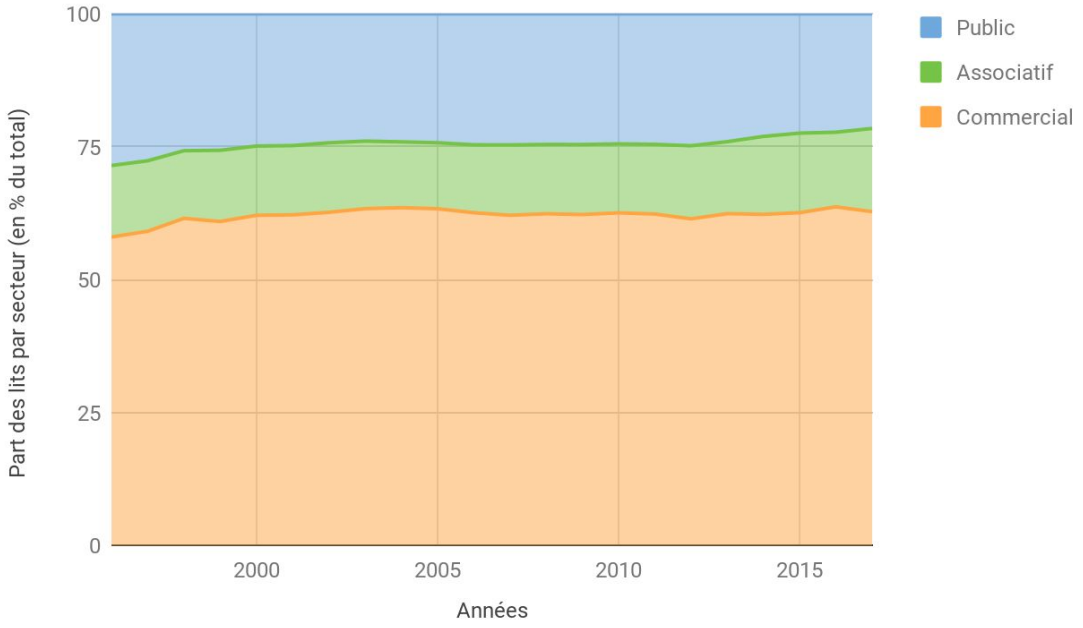

Figure 1 : Évolution de la part des lits par secteur entre 1996 et 2017 (Annexe A1) (8,15-18)

[2] Les lits MRS sont prévus pour les résidents plus dépendants nécessitant davantage d'encadrement. Cet agrément supplémentaire permet aux établissements d'obtenir un financement plus élevé de l'INAMI et en contrepartie, elles sont soumises à des normes plus strictes, notamment en termes de personnel soignant. La majorité (73%) des maisons de repos sont des structures mixtes avec des lits MRPA et des lits MRS (18).

Distribution des lits par secteur en fonction de la région en 2016 (Figure 2) (3)

Avec 63% de lits détenus par le secteur commercial en 2016, Bruxelles est la région ayant la plus grande proportion de lits commerciaux suivie par la Wallonie avec 48% et par la Flandre avec 16%. Pour le secteur public, l'ordre est inversé: c'est en Flandre qu'il est le plus important avec 31% de lits publics, suivie par la Wallonie avec 28% et par Bruxelles avec 24%. Le secteur associatif est majoritaire en Flandre avec 53% des lits tandis qu'il représente 24 % des lits en Wallonie et 13 % à Bruxelles.

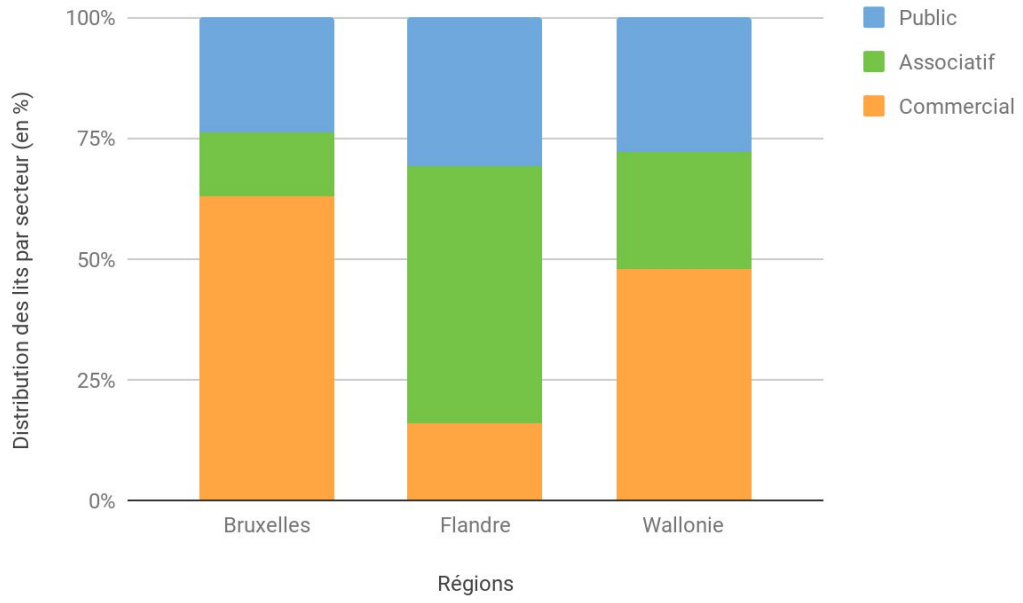

Figure 2 : Distribution des lits par secteur en fonction de la région en 2016 (Annexe A2) (3)

Distribution des institutions par secteur dans 13 pays européens - étude de 2012 (Figure 3)(21)

Dans cette étude de 2012 comparant la Belgique, subdivisée en ses trois régions, et 12 autres pays européens, Bruxelles présente le deuxième taux le plus élevé de commercialisation des maisons de repos derrière l'Angleterre, avec respectivement 62% et 80% d'établissements commerciaux. Dans sept des treize pays, le secteur commercial est limité à moins d'un quart de leurs institutions. Quant aux secteurs public et associatif, Bruxelles se place respectivement en sixième et douzième position en ordre décroissant.

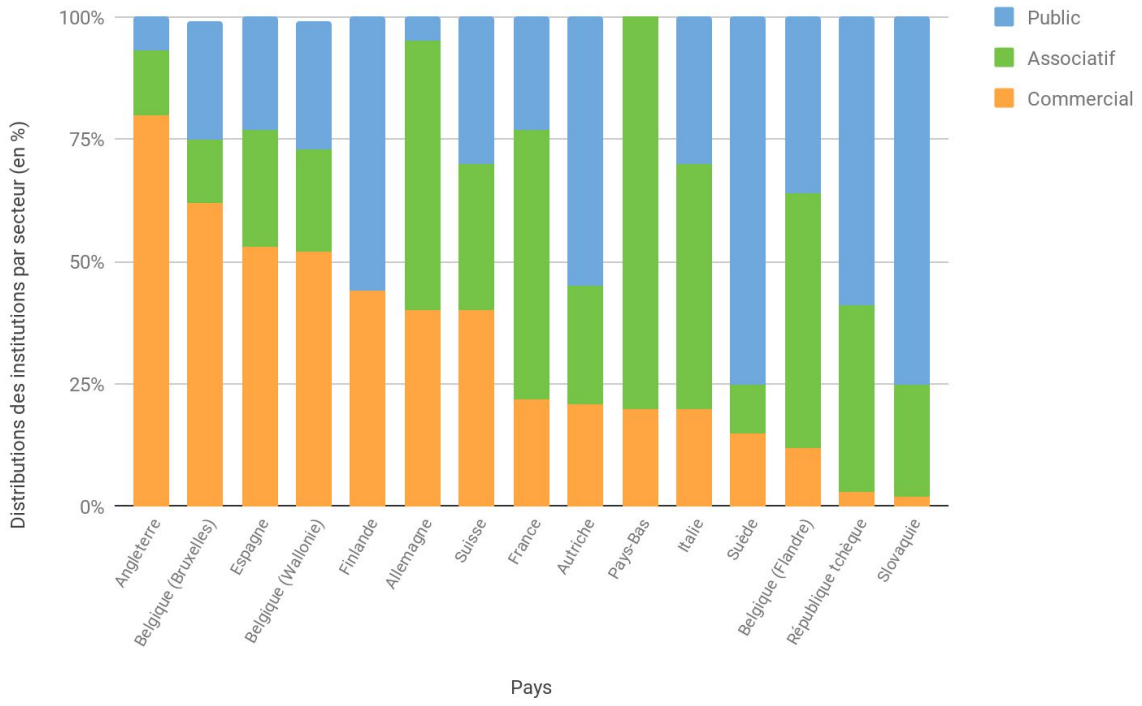

Figure 3 : Distribution des institutions par secteur dans 13 pays européens - étude de 2012 (Annexe A3)(21)

b. Modifications du secteur commercial

Évolution de la part des lits détenus par des groupes[3] commerciaux de 2010 à 2017 (Figure 4) (8, 11-18)

Entre 2010 et 2017, la part des lits détenus par des groupes commerciaux gestionnaires de 2 maisons de repos ou plus s'est accrue, passant respectivement de 42% à 55% du total des lits. Elle a tout d'abord augmenté progressivement entre 2010 et 2013 passant de 42% à 46% et a ensuite bondi entre 2014 à 2016 de 45% à 55%. Elle est restée à 55% en 2017. Durant le même intervalle de temps, la part des grands groupes[4] est passée de 31% à 40%. En contrepartie, la proportion de lits commerciaux appartenant à des entreprises n'ayant qu'un établissement s'est progressivement réduite depuis 2010.

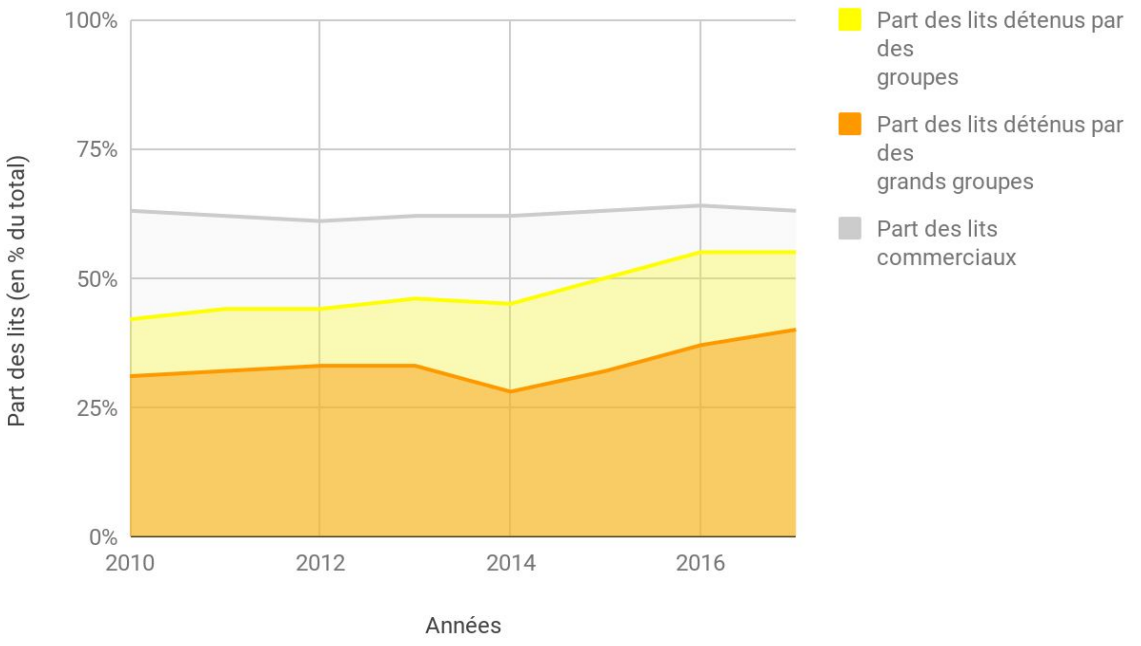

Figure 4 : Évolution de la part des lits détenus par des groupes commerciaux de 2010 à 2017 (Annexe A4) (8, 11-18)

[3] "Groupe" = société détenant 2 institutions ou plus
[4] "Grand groupe" = groupe détenant 5 institutions ou plus

Distribution des lits par taille des groupes commerciaux en 2010, 2013 et 2017 (Figure 5) (11, 14, 18)

En 2010, trois très grands groupes[5] commerciaux détenaient ensemble 19% du total des lits. En 2013, cette proportion grimpait à 26%. En 2017, elle atteignait 31%, dont la moitié (15%) appartenant à un seul groupe.

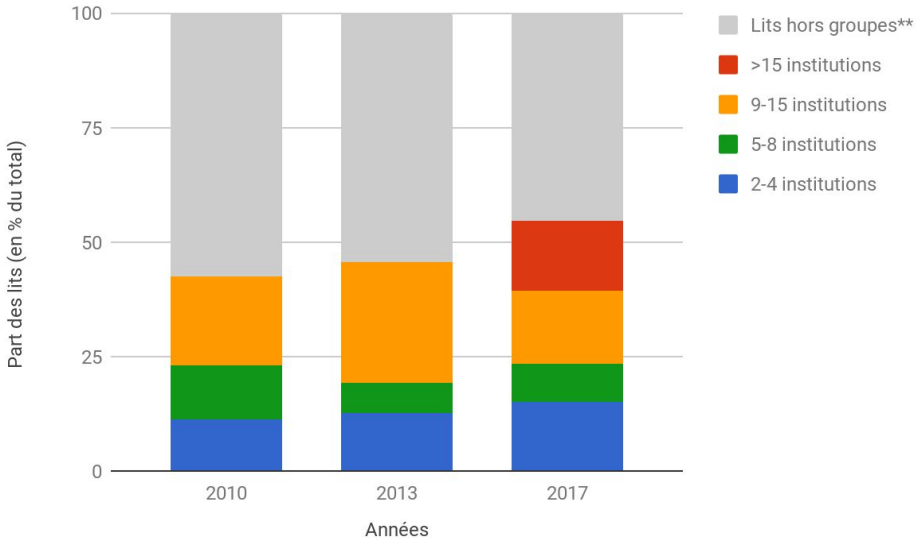

Figure 5 : Distribution des lits par taille des groupes commerciaux en 2010, 2013[6] et 2017 (Annexe A5) (11,14,18)

[5] "Très grand groupe" = groupe détenant 9 institutions ou plus.
(**) Les "lits hors groupes" correspondent à l'addition des lits publics, des lits associatifs et des lits commerciaux appartenant à des sociétés possédant qu'une maison de repos.
[6] En 2010 et 2013, Infor-Homes Bruxelles asbl ne différenciait pas les groupes détenant 9 à 15 institutions de celles détenant plus de 15 institutions.

2. Impact sur le prix et l'accessibilité financière

a. Évolution du prix d'hébergement[7]

Évolution du prix mensuel d'hébergement de 2012 à 2017 (Figure 6) (22)

Le prix mensuel d'hébergement en maison de repos à Bruxelles a été en constante croissance depuis 2012. En 2012, plus de la moitié (53%) des institutions avaient un prix mensuel d'hébergement de 1500 € ou moins. En 2017, les institutions à ce tarif ne représentaient plus qu'un cinquième (21%) du total des établissements[8]. Durant la même période, le nombre d'institutions avec un prix d'hébergement à plus de 2000 € par mois a plus que doublé, passant de 16% à 35% du nombre total d'institutions.

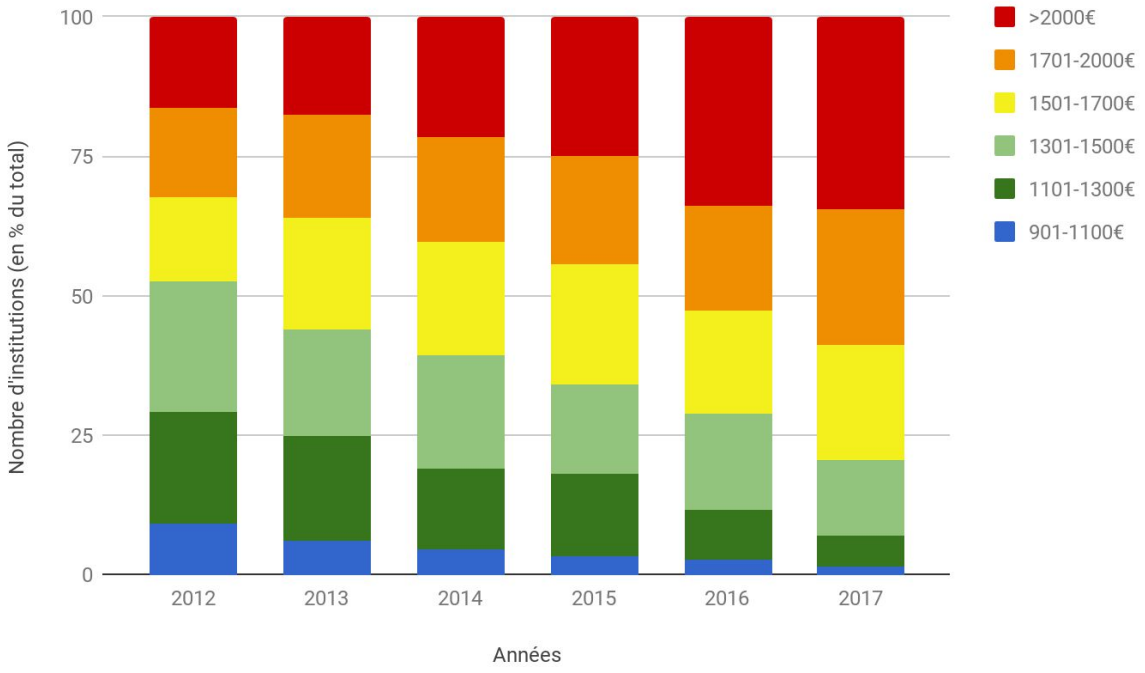

Figure 6 : Évolution du prix mensuel d'hébergement de 2012 à 2017 (Annexe A6) (22)

[7] Le financement des maisons de repos comporte un financement public à hauteur de 40 à 50% comprenant essentiellement le forfait INAMI et un financement privé à charge du résident à hauteur de 50 à 60%, regroupant le prix de l'hébergement et les frais annexes liés à des prestations supplémentaires. Le forfait INAMI consiste en un montant journalier par résident en fonction du degré de dépendance mesuré par l'échelle de Katz (3,23). Dans ce travail, seul le prix d'hébergement a été analysé, aucune donnée utilisable n'ayant été trouvée pour les autres parts du financement.

[8] À savoir que sur cette même période, en considérant uniquement l'inflation, le prix théorique d'une maison de repos de 1500 € serait passé à 1598 € (nos estimations se basent sur l'indice européen des prix à la consommation harmonisé (IPCH)) (24).

Distribution des institutions par prix mensuel d'hébergement en fonction du secteur en 2012, 2015 et 2017 (Figures 7, 8, 9) (13,16,18)

Le secteur public était le secteur le moins onéreux en 2012, avec 86% de ses institutions à 1500 € ou moins, et l'est resté en 2017, avec 81% de ses établissements à 1700 € ou moins. Le secteur commercial,, quant à lui, était le plus cher en 2012 avec 42% de ses institutions coûtant plus de 1700 €. En 2017, avec 75% de ses établissements à plus de 1700€ contre 66% dans le secteur commercial, le secteur associatif rattrapait le secteur commercial en termes de gammes de prix. Néanmoins, le secteur commercial reste le secteur avec la part la plus importante de maisons de repos à plus de 2000 €, atteignant 43% en 2017.

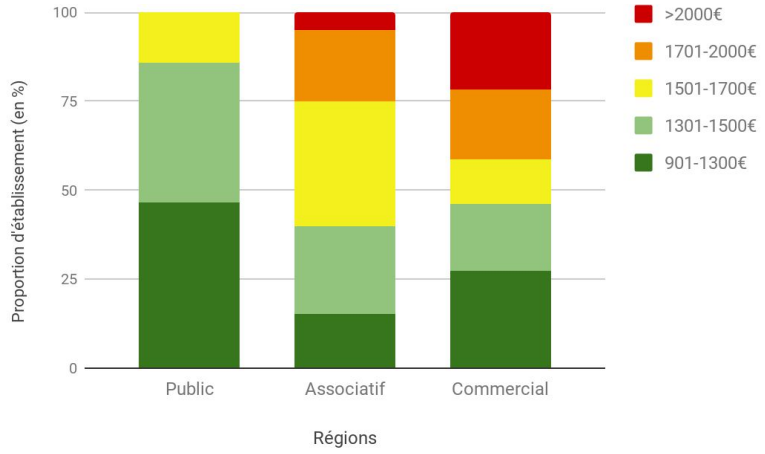

Figure 7 : Distribution des institutions par prix mensuel d'hébergement en fonction du secteur en 2012 (Annexe A7) (13)

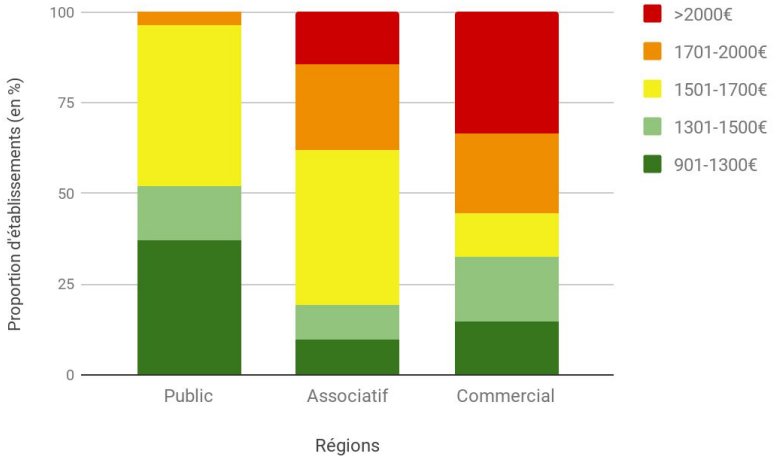

Figure 8 : Distribution des institutions par prix mensuel d'hébergement en fonction du secteur en 2015 (Annexe A7) (16)

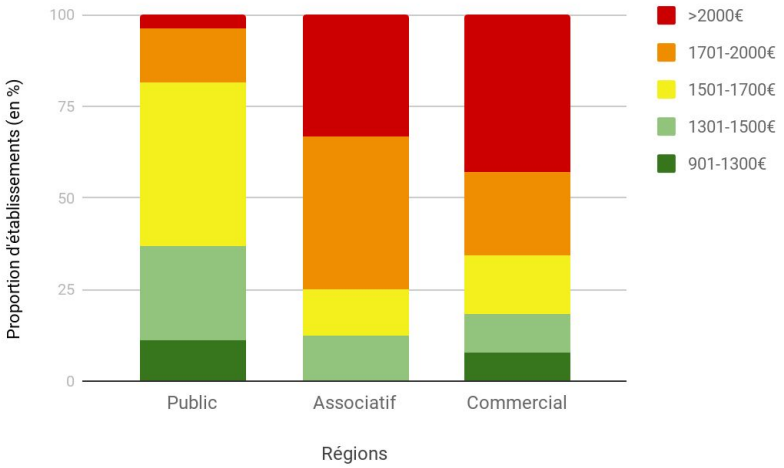

Figure 9 : Distribution des institutions par prix mensuel d'hébergement en fonction du secteur en 2017 (Annexe A7) (18)

b. Accessibilité financière

Taux de risque de pauvreté[9] en Belgique et par région en 2015 (Figure 10) (19)

En 2015, près d'un tiers de la population bruxelloise vivait avec un revenu sous le seuil[10] de risque de pauvreté. Ce taux (entre 27% et 35%) était *"significativement plus élevé qu'en Flandre (entre 9% et 12%) et qu'en Wallonie (entre 16% et 23%)"* (19).

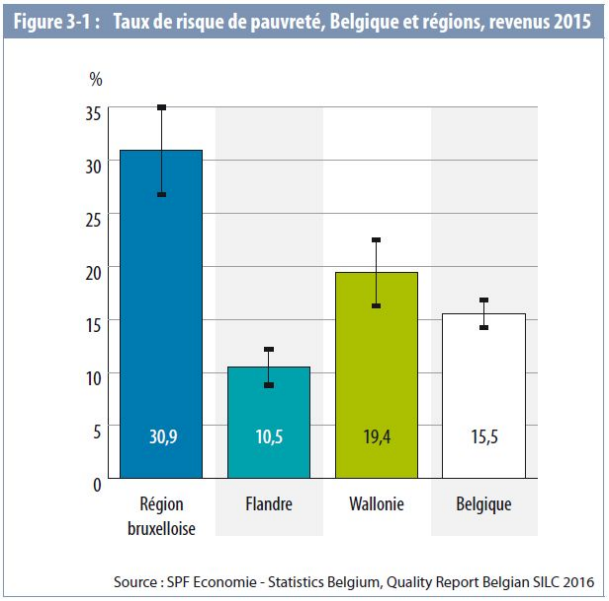

Figure 10 : Taux de risque de pauvreté[11] en Belgique et par région en 2015 (19)

[9] Le taux de risque de pauvreté *"correspond au pourcentage de la population dont le revenu disponible équivalent est inférieur au seuil de risque de pauvreté. Ce seuil est défini à 60 % du revenu disponible équivalent médian du pays"* (19).

[10] *"En Belgique, sur base de l'enquête EU-SILC 2016 (revenus de 2015), ce seuil est de 13 377 € par an, soit 1 115 € par mois, pour une personne isolée. Pour un parent seul avec deux enfants, le seuil est de 1 784 € par mois. Pour un couple avec deux enfants, il est de 2 341 € par mois"* (19).

[11] Le taux de risque de pauvreté *"correspond au pourcentage de la population dont le revenu disponible équivalent est inférieur au seuil de risque de pauvreté. Ce seuil est défini à 60 % du revenu disponible équivalent médian du pays"* (19).

Évolution de la part des bénéficiaires de la GRAPA[12] parmi la population de plus de 65 ans de 2011 à 2017 (Figure 11) (9-10)

La part des bénéficiaires de la GRAPA à Bruxelles s'est accrue de manière constante de 2011 à 2017, passant de 8,5% de la population de plus de 65 ans à 11,5%, soit près du double des deux autres régions. En Wallonie, une augmentation a également eu lieu mais de manière moins importante, passant de 4,6% en 2011 à 5,9% en 2017. En Flandre, la proportion de bénéficiaires est restée relativement stable, se situant en 2017 à la même proportion qu'en 2011, soit 4,4%.

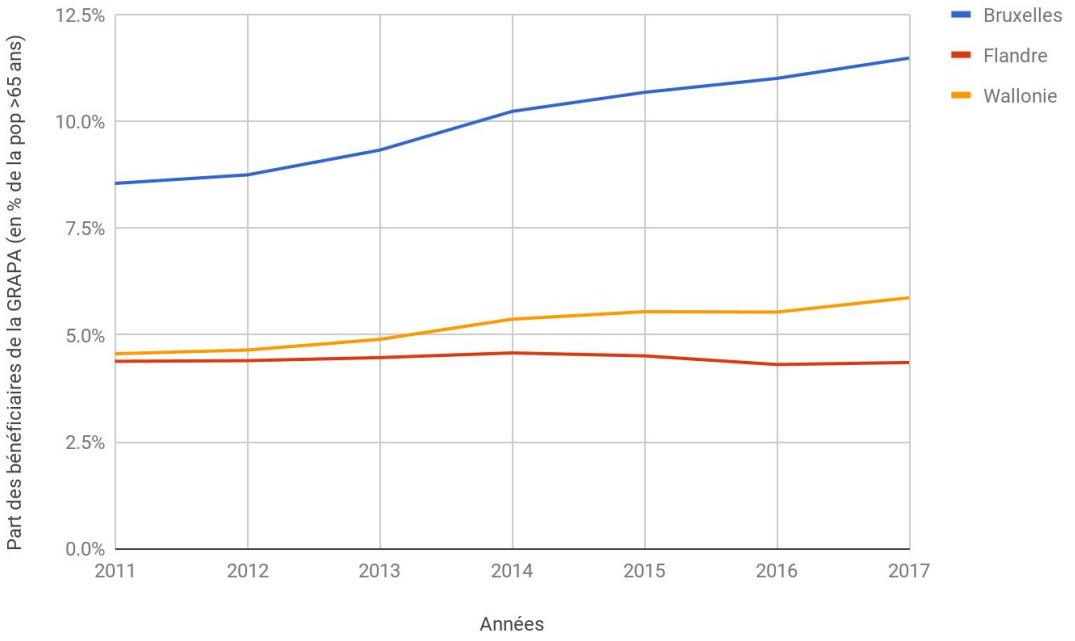

Figure 11 : Évolution de la part des bénéficiaires de la GRAPA parmi la population de plus de 65 ans de 2011 à 2017 (Annexe A8) (9-10)

[12] *"La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une prestation octroyée par le Service fédéral des Pensions aux personnes de 65 ans et plus, dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance"* (19). En 2017, celle-ci s'élevait à 1083 € pour une personne isolée et à 722 € pour un co-habitant (19).

Distribution des revenus totaux disponibles[13] de la population de plus de 80 ans[14] en Belgique en 2016 (Figure 12) (3)

Selon les estimations de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes[15], trois quarts des belges de plus de 80 ans ayant répondu à l'enquête EU-SILC percevaient en 2016 un revenu total disponible inférieur à 1623 € par mois. Ce revenu était de maximum 1353 € pour une moitié des répondants et de maximum 1193 € pour un quart des participants (3).

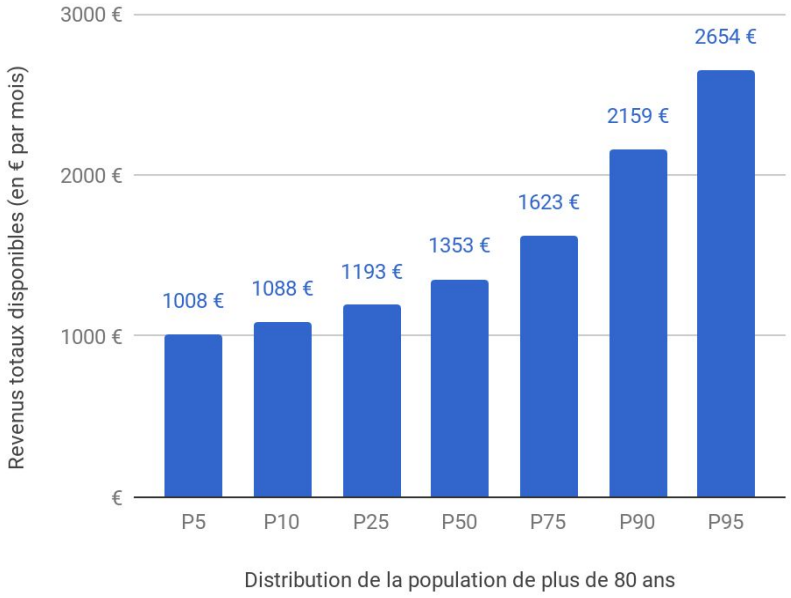

Figure 12 : Distribution des revenus totaux disponibles de la population de plus de 80 ans[16] en Belgique en 2016 (Annexe A9) (3)

Comparaison de l'évolution des revenus totaux disponibles de la population de plus de 80 ans en Belgique en 2016 (Figure 12) et de la distribution des institutions par prix mensuel d'hébergement en 2016 (Figure 6)

53% des maisons de repos en 2016 affichaient un prix mensuel d'hébergement de plus de 1700 € alors que seuls 25% des personnes de plus 80 ans ayant répondu à l'enquête EU-SILC percevaient un revenu mensuel supérieur à 1623 €. Pour les maisons de repos moins chères, seules 12% étaient à 1300 € ou moins tandis que 25% des répondants avaient un revenu mensuel inférieur à 1193 €.

[13] Revenus *"(...) incluant les pensions, les prestations sociales, la prime forfaitaire de la zorgverzekering en Flandre, les revenus complémentaires tels que recettes de location, intérêts, etc."* (3)
[14] Ces données *"ne concernent que les personnes seules âgées de plus de 80 ans vivant à domicile, les résidents des maisons de repos n'étant pas inclus dans l'enquête* [EU-SILC 2016]*"* (3).
[15] Basées sur les chiffres de l'enquête EU-SILC 2014 indexés sur base de l'indice de santé de 2016 (3).
[16] Ces données *"ne concernent que les personnes seules âgées de plus de 80 ans vivant à domicile, les résidents des maisons de repos n'étant pas inclus dans l'enquête* [EU-SILC 2016]*"* (3).

3. Effets sur la qualité de vie et les conditions de travail

a. Caractéristiques de l'échantillon

Le profil des participantes[17] est représenté dans le Tableau 3. Le profil des établissements dans lesquels celles-ci travaillent est repris dans le Tableau 4.

Tableau 3 : Profil des participantes

#	Sexe (F/H/autre)	Âge (années)	Profession	Carrière (années)	Dans l'institution (années)	Dans autre secteur (oui/non)	Temps travail
1	F	46-55	Aide-soignante	31-40	21-30	Non	Temps plein
2	F	46-55	Aide-soignante	6-10	6-10	Non	3/4 temps
3	F	36-45	Aide-soignante	11-20	6-10	Oui	3/4 temps
4	F	46-55	Infirmière	31-40	6-10	Oui	Temps plein
5	F	56-65	Infirmière	11-20	11-20	Oui	Temps plein
6	F	36-45	Infirmière	0-5	11-20*	Oui	Temps plein
7	F	26-35	Kinésithérapeute	0-5	0-5	Oui	Mi-temps**
8	F	36-45	Kinésithérapeute	11-20	11-20	Non	3/4 temps

* Aide-soignante dans la même institution auparavant ** + 17 heures/semaine hors de la maison de repos

Tableau 4 : Profil des maisons de repos

#	Secteur	Prix mensuel d'hébergement	Commune*	Type de lits
1	Commercial	>2000 €	A	Mixte MR-MRS
2	Public	1700-2000 €	B	Mixte MR-MRS
3	Commercial	1500-1700 €	B	Mixte MR-MRS
4	Public	1300-1500 €	C	Mixte MR-MRS
5	Commercial	1300-1500 €	D	Mixte MR-MRS
6	Public	1300-1500 €	E	Mixte MR-MRS
7	Public	1300-1500 €	F	Mixte MR-MRS
8	Commercial	1100-1300 €	A	Mixte MR-MRS

* Le nom de chaque commune a été remplacée par une lettre aléatoire afin d'assurer l'anonymat des soignantes

[17] Il y avait uniquement des femmes dans l'échantillon.

b. Analyse des entretiens semi-dirigés

Saturation de l'information

Les 8 entretiens réalisés ont abouti à une saturation interne. La saturation externe n'a pas été atteinte. Les auteurs semblent s'en être rapprochés sans aucun nouveau facteur influençant la qualité et seulement 3 nouveaux éléments en lien avec la commercialisation apparaissant durant les 3 derniers entretiens.

Qualité

Les thèmes et sous-thèmes présentés ci-dessous ont été retenus car mis en évidence par les participantes et teintés d'une connotation positive ou négative au sujet de l'évolution de la qualité de la prise en charge au sein de leur maison de repos. Les réponses neutres ou descriptives n'ont pas été relevées. Afin d'illustrer ces facteurs limitant ou favorisant la qualité, les extraits les plus illustratifs des entretiens ont été rapportés dans des tableaux (Tableaux 5,7-16)[18]. Les retranscriptions complètes ont été placées en annexe (Annexes B1-B8).

1. Le temps (Tableau 5)

Avoir suffisamment de temps pour réaliser leur travail convenablement était un facteur de qualité central au cours des différents entretiens. Le manque de temps est apparu, dès le premier entretien, comme une évolution affectant négativement la qualité de la prise en charge des résidents. Ce ressenti était majoritaire parmi les soignantes en maison de repos commerciale, comme l'indique l'analyse de la fréquence d'apparitions du mot "temps" teinté d'une connotation négative dans le discours des soignantes (Tableau 6). Ce sont plus particulièrement les moments de repas, de toilettes ou de discussions avec les résidents qui étaient entravés selon les participantes. Pour les soignantes concernées, ce manque de temps est source de stress, de frustrations et, dans certains cas, de tristesse.

[18] Chaque citation est suivie de l'information nécessaire afin de la retrouver dans les retranscriptions. "EX" signifie dans ces cas-ci l'entretien n°X et "PX" signifie la page X des annexes.

Tableau 5 : Le temps
“ Les conditions se sont détériorées. Avant on avait beaucoup plus le temps avec les personnes âgées. Ce que maintenant on n’a plus. Maintenant c’est vraiment un travail à la chaîne. Avant c’était un plaisir d’aller travailler. Ce qui n’est plus le cas maintenant. Ce qui n’est vraiment plus le cas maintenant. Moi je prends ça comme de la maltraitance pour la personne âgée. Parce qu’on ne donne plus de temps. On a maximum 7-8 minutes par patient. Et comme j’ai dit c’est un travail à la chaîne. On n’a pas le temps de les laver correctement. Leur donner à manger c’est comme si on gavait des oies.” (E3P31, secteur commercial) “ Là maintenant c’est pire. Mon collègue il me dit: “on n’a même plus le temps de donner... De donner à ceux qui veulent”. Dès qu’il faut.. Ils prennent le temps pour ouvrir le bouche… C’est fini parce qu’il faut débarrasser. ” (E1P16, secteur commercial)

Tableau 6 : Fréquence d’apparitions du mot “temps” teinté d’une connotation négative

Secteur commercial				
Entretien	**#1**	**#3**	**#5**	**#8**
Nbr d'apparitions	38	7	5	11
Secteur public				
Entretien	**#2**	**#4**	**#6**	**#7**
Nbr d'apparitions	0	1	2	0

2. Les soins (Tableau 7)

2.1. Les repas

La qualité de la nourriture a été relevée par plusieurs participantes qui regrettaient une détérioration de la qualité de celle-ci. Elles expliquaient ce changement par une volonté des gestionnaires de réaliser des économies dans le budget alloué aux repas. Une soignante du secteur public décrivait une amélioration au niveau de ce facteur. Une raison énoncée était l’existence d’un comité de nutrition rassemblant, de manière hebdomadaire, les responsables de l'équipe soignante, le chef de cuisine et la direction de la maison de repos. D'autre part elle évoquait le recrutement d’aides-logistique pour soutenir les aides-soignants dans leurs tâches. La qualité du moment des repas est un autre aspect relevé lors des discussions, principalement à travers la problématique du manque de temps. Celle-ci limitait la capacité des soignantes à apporter de l’aide à ceux qui en avaient besoin ainsi que la possibilité pour certains résidents, plus lents, de terminer tranquillement leur repas.

Tableau 7 : Les soins
Les repas *Facteur limitant:* " On fait tellement d'économies qu'au niveau cuisine, les personnes âgées n'ont plus… c'est vrai elles reçoivent bien à manger, mais ce ne sont plus les bons produits. Ce sont les produits les moins chers. Les choses qu'on achète au Aldi. Ce sont les produits les moins chers qu'on leur donne. Alors que vous avez vu combien ces personnes là payent par mois. Il y en a qui se révoltent. J'ai vu une fois une qui a pris son assiette, qui l'a jetée par terre et a dit que "même les chiens ne voudraient pas manger ce qu'on lui donne". " (E5P46, secteur commercial) *Facteur favorisant:* " E: Et la nourriture a changé ? 6: La nourriture, elle est meilleure. Il y a le comité de nutrition aussi qui se passe une fois par semaine avec les chefs de services et le coordinateur, parfois la directrice (est-ce que c'est toujours, je ne sais pas car j'ai été assister une ou deux fois) et là ça se passe avec le chef de cuisine et tous ces chefs pour voir par rapport aux repas : "Est-ce qu'il y a des plaintes en haut? Quand ils font des crèmes enrichies, est-ce que les patients les mangent? Est-ce qu'il y a assez de vaisselle? Est-ce qu'elle est adaptée?" Donc voilà, ça se passe chaque semaine et alors en fonction de ça il y a des améliorations qu'on essaie." (E6P54, secteur public)
Les toilettes *Facteur limitant* "On avait du linge propre en permanence. Ici ils ont supprimé les alèses. Les alèses ont été supprimées. Et les draps doivent être toujours changés tous les jours. Et nous n'avons pas suffisamment de draps. Ceux qui s'occupent des draps, qui lavent, les amènent deux fois par semaine, le lundi et le jeudi. Parfois on tombe à court de linge, même pour avoir des essuies pour laver les gens, les gants pour laver les gens. Parfois on n'en a pas du tout. Il y a des jours, on utilise des essuies, quand on en a, pour laver les gens." (E5P45, secteur commercial)

2.2. Les toilettes

Une diminution de la qualité et de la quantité du matériel nécessaire à la réalisation des toilettes (langes, alèses) a été soulignée à plusieurs reprises. Ce changement serait lié à des économies effectuées par les établissements, selon les soignantes concernées. Le manque de temps était une nouvelle fois mis en cause dans la dégradation de la qualité des soins aux résidents, certaines soignantes déplorant un nombre trop important de toilettes à réaliser en un temps limité.

3. La relation avec le résident (Tableau 8)

Pour plusieurs soignantes, la relation avec le résident était entravée par le manque de temps. Certaines soignantes du secteur commercial expliquaient préférer éviter, à contrecœur, les échanges avec le résident afin de ne pas réduire le temps disponible pour effectuer leurs tâches. Une soignante du secteur public décrivait une certaine amélioration des interactions entre les soignants et les résidents grâce à l'appui supplémentaire d'ergothérapeutes consacrant du temps aux résidents qui en avaient le plus besoin.

Tableau 8 : La relation avec les résidents
Facteur limitant "1: Il y avait, il y avait ce contact. On arrivait… Maintenant je vous dis la vérité, je n'ai même plus envie de parler parce que le fait de parler, ça entretient la conversation. On arrive: "Bonjour madame untel". Il ne faut plus dire plus. "Est-ce que vous avez bien dormi?". Bien non. Ca va… Elle va commencer à parler. Et bien non. Sinon ça va nous ralentir." (E1P16, secteur commercial)

4. Le cadre de vie (Tableau 9)

La maison de repos était considérée par les soignantes comme devant être un cadre de vie agréable pour les résidents, à la fois adapté à leur niveau de dépendance et empreint d'une dynamique stimulante.

4.1. Infrastructures adaptées et chaleureuses

La plupart des soignantes du secteur commercial décrivaient négativement leur lieu de travail. Une raison évoquée était l'inadéquation de l'institution aux besoins spécifiques des résidents. D'autre part, le manque de chaleur dans la décoration du lieu a été souligné, décrit comme ressemblant plus à un hôpital qu'à un lieu d'habitation.

4.2. L'autonomie

Plusieurs soignantes du secteur public décrivaient positivement l'autonomisation des résidents au sein de leurs établissements, à travers les choix qui leurs étaient offerts ou l'implication plus importante dans la vie quotidienne de la maison de repos qui leur était proposée. Une raison avancée par une soignante était la vision "Montessori" encouragée par l'institution auprès des employés et les formations mises en place pour la développer. En revanche, une soignante du secteur commercial expliquait que l'autonomie lors des toilettes tendait à disparaître due avec la surcharge de travail, alors qu'auparavant elle prenait le temps de laisser le résident participer activement à sa toilette, dans la mesure de ses capacités.

4.3. Les activités

La majorité des soignantes du secteur commercial décrivaient un désinvestissement de l'institution dans les activités proposées aux résidents. Dans certains cas, elles étaient affichées mais non réalisées. Le manque de temps était encore une fois évoqué. Un autre élément soulevé était un manque de personnel qualifié, tels que des ergothérapeutes. Deux soignantes du secteur public étaient, au contraire, plutôt satisfaites à ce propos. Une d'elle expliquait l'implication de l'établissement dans l'organisation d'activités novatrices pour ses résidents, telles que des rencontres avec des groupes de jeunes ou encore des activités au contact d'animaux.

Tableau 9 : Le cadre de vie
Infrastructures adaptées et chaleureuses *Facteur limitant* "3: Tristes parce que ce service fermé aurait dû être plus grand pour qu'ils puissent bien marcher. Je sais pas moi. Pour que ce soit plus clair. Là le service il est… C'est un petit service avec une véranda mais… Ils ont la vue sur le jardin, mais… Sans plus, sans plus. En été il fait crevant de chaud." (E3P34, secteur commercial) *Facteur limitant* "Je veux dire ces gens sont là même depuis un an, les murs sont plus blancs qu'un hôpital. Il n'y a pas... c'est un long couloir hein, à l'hôpital il y a 30-40 chambres dans un couloir, avec un grand espace de vie etc. Il n'y a pas un cadre, il n'y a pas une décoration, il n'y a pas une punaise, il n'y a pas une couleur, c'est tout blanc. Mais vraiment hein ! Il n'y a pas, je sais pas moi, un bout de papier décoratif, il n'y a pas un dessin, rien, rien." (E8P74, secteur commercial)
L'autonomie *Facteur favorisant* "Il y a une équipe par exemple pour la musicothérapie. On a un nombre de résidents qui doivent participer à cette activité de musicothérapie. Mais tel jour, si tu te sens pas bien ou si tu n'as pas envie, eh bien on te laisse. Il n'y a pas vraiment de "non il faut absolument" ou qu'il faut chercher quelqu'un d'autre qui vienne à sa place. Ca aussi j'aime bien. Personnellement j'aime bien qu'on ne force pas quelqu'un à faire ce qu'il n'a pas envie. Je peux bien aimer la musique mais aujourd'hui je n'ai pas envie. Ca peut arriver. Donc ça j'aime bien." (E2P27, secteur public)
Les activités *Facteur limitant* "Mais bon, on a des… à l'unité protégée on a des tableaux d'activités qu'on doit faire avec les résidents. Mais ils sont là juste pour les familles. On ne fait pas ces activités. On n'a pas le temps. On n'a pas le temps. On n'a pas le temps." (E1P18, secteur commercial) *Facteur favorisant* "La maison est tout le temps pleine, au contraire il y a même des listes d'attente parce que c'est une maison qui a bonne presse parce que, aussi, c'est une chouette maison, ils font venir des animaux de l'extérieur très régulièrement pour être en contact avec les résidents, ça a été un des premiers homes à faire ça, ils sont assez novateurs. À la fois, bon ça leur sert aussi, et puis les résidents sont contents, ils font venir des associations avec des jeunes, des groupes de paroles, des gens qui viennent faire de massages, des gens qui sont grimés pour mettre un peu l'ambiance." (E7P61-62, secteur public)

5. Compétences professionnelles (Tableau 10)

5.1. Communication et collaboration entre professionnels

Deux soignantes évoquaient des déficits dans la communication entre les travailleurs, en insistant sur l'absence de réunion d'équipe. Certaines soignantes voyaient l'augmentation des tâches administratives et la charge de travail associée comme une évolution défavorable. Une soignante s'interrogeait sur la place, devenue prépondérante, de la traçabilité - via l'encodage systématique de tous les soins - et son utilisation comme moyen pour augmenter le contrôle des gestionnaires sur les employés.

5.2. Communication avec les résidents et leurs familles

La communication avec les résidents et leurs familles a également été mentionnée par plusieurs soignantes. Parmi ces dernières, une soignante du secteur public décrivait les avantages du conseil des résidents durant lequel les résidents et leurs familles peuvent s'exprimer et donner leurs avis sur la maison de repos et son fonctionnement.

5.3. Conscience professionnelle

Plusieurs soignantes relevaient le manque de conscience professionnelle de certains de leurs collègues. Une raison évoquée était le surmenage induite par la surcharge de travail. Deux soignantes du secteur commercial allaient plus loin. L'une regrettait le décès, qu'elle considérait précipité, d'un de ses patients. L'autre s'indignait d'un cas de maltraitance d'une collègue envers un résident et de l'absence de réaction de la direction qui aurait été mise au courant.

Tableau 10 : Compétences professionnelles
La communication et collaboration entre professionnels *Facteur limitant* "E : Et vous avez des réunions d'équipe ou des choses comme ça? 3 : Non il n'y a pas. Il n'y a pas de réunion d'équipe. Les seules réunions qu'il y a c'est quand il change de direction, c'est tout ce qu'il y a." (E3P33, secteur commercial)
La communication avec les résidents et leurs familles *Facteur favorisant* "Il y a aussi des conseils de résidents qui se passent ici. C'est-à-dire que tous les résidents qui veulent, ils peuvent s'expliquer par rapport aux repas s'ils sont biens, pas biens, par rapport aux animations, par rapport aux services de la cuisine. Et alors en fonction des réclamations des résidents, même avec les familles qui y vont aussi, on peut améliorer ça." (E6P53, secteur public)
La conscience professionnelle *Facteur limitant* "Donc voilà, ils sont moins investis, ils font leurs horaires et puis c'est tout. Mais ça change beaucoup, quand on vit avec les gens et qu'on a envie de faire bien ou quand on fait juste ce

qu'il faut faire en minimum syndical." (E7P60, secteur commercial)

Facteur limitant “E : Expliquez moi un peu plus par rapport à cette maltraitance.
3 : Je vais vous donner un cas. C’était… je ne vais pas appeler ça une collègue quoi, c’est une personne qui avait fait tombé une résidente et au lieu de la ramasser, non, elle l’a laissé par terre et elle lui a donné son plateau là par terre. Donc pour moi, cela nécessite un renvoi direct. Non elle n’a rien eu.” (E3P31, secteur commercial)

6. La gestion du personnel (Tableau 11)

6.1. Personnel suffisant et stable

La majorité des soignantes avaient un avis négatif sur l'évolution de la gestion des ressources humaines. Le manque de personnel était ressenti par la plupart d’entres-elles. Certaines avaient été interpellées par des résidents qui percevaient le manque d’effectifs et qui s’en plaignaient. Une soignante du secteur commercial dénonçait, au sein de sa maison de repos, l’utilisation de personnel non qualifié pour certains soins aux résidents en donnant l'exemple de toilettes réalisées par une technicienne de surface. A contrario, dans le secteur public, plusieurs participantes étaient satisfaites du nombre de soignants par rapport à la charge de travail.

6.2. La reconnaissance et le respect du personnel

Plusieurs soignantes du secteur commercial expliquaient que la qualité de leurs relations avec la direction s'étaient détériorées suite au changement de gestionnaire lié au rachat de leur institution par un groupe. Elles expliquaient recevoir plus de marques reconnaissance et de gratitude pour leur travail bien fait auparavant.

6.3. Cas adaptés aux capacités de l’institution

L'inadéquation entre le profil médical de certains résidents et les capacités de l'établissement a été soulevée par deux soignantes du secteur commercial. Cette situation était due, d'une part, à la présence de patients présentant des pathologies psychiatriques lourdes auxquelles l'équipe ne savait pas faire face. Ces résidents, beaucoup plus jeunes, se retrouvaient dans des environnements trop peu stimulants et encadrants, et certains présentaient des comportements parfois violents, que les soignants n'étaient pas formés à gérer. D'autre part, une de ces soignantes dénonçait la présence de cas lourds dans une maison de repos qui, jusqu'à lors et depuis plusieurs mois, n'avait qu'un agrément pour des lits dits MR en attendant de recevoir

son agrément MRS. Ces patients transférés depuis une maison de repos où ils étaient en lit MRS, suite à son rachat par un groupe, avaient donc perdu une partie des soins que cette soignante considérait comme nécessaires. Dans les deux cas, l'envie des gestionnaires d'augmenter leurs rendements financiers était mise en cause.

6.4. Flexibilité de l'employeur

Des soignantes du secteur public mentionnaient la flexibilité dont leur employeur faisait preuve. Cela leur permettait d'adapter leurs horaires et faciliter leur quotidien.

Tableau 11 : La gestion du personnel
Personnel suffisant et stable *Facteur limitant* "[Une résidente]: "(...). Ca c'est pas normale. Le personnel est réduit. Vous n'avez pas le temps de soigner vraiment les gens, de nous écouter nous."" (E5P48, secteur commercial) *Facteur limitant* "Or il y a des gens qui ont besoin de soins, il y a des gens qui me parlent « Oh tient c'est bizarre, je me fais engueuler la nuit si je sonne parce que j'aimerais être accompagné pour aller aux toilettes. On me dit: "pourquoi vous faites pas sur vous" ». Mais c'est parce qu'il est tout seul pour trois étages, et tout. Et donc, on voit des cas comme ça, voilà." (E8P65-66, secteur commercial) *Facteur favorisant* "6: Oui, donc les conditions de travail pour le personnel ça s'est beaucoup améliorée parce qu'on a pas mal de machines pour soulever les personnes qui sont grabataires donc on a pas mal d'appareillage. On a aussi pas mal de produits d'hygiène pour faciliter les soins et tout ça. On a aussi des aides logistiques qu'on avait pas avant, c'est-à-dire ils nous aident pour distribuer les déjeuners, débarrasser les plateaux, faire les lits. Ça c'est une aide vraiment précieuse parce que quand ils ne sont pas là on sent la charge en plus." (E6P53, secteur public)
Reconnaissance et respect du personnel *Facteur limitant* "L'ancien directeur il a lui-même aussi fait des tartines toute la nuit avec nous et il a vu que le travail était très difficile. Alors il reconnaissait ça et il félicitait les gens. Tandis que ces gens là, ce sont des gens qui sont là que pour nous exploiter. Ils s'en fichent que tu sois malade." (E5P50, secteur commercial) *Facteur favorisant* "6 : Mais ici c'est public, Orpéa c'est privé. Le public, quand même, il veille que… il y a beaucoup de règles, beaucoup de conditions, conditions de travail à respecter et tout ça. Par exemple, dans le privé non, on fait des heures à gogo. Ici, on ne peut pas faire des heures supp pour ne pas arriver à ne pas les avoir, on fini notre travail, on continue le travail, on laisse à l'autre. Par exemple, le privé j'entends qu'on travaille sans arrêt, il faut remplacer, il n'y a pas de ... on tombe malade c'est viré, si on tombe deux, trois fois, c'est vite viré, un truc comme ça. Alors que dans le public on est protégés quand même, on a des chèques repas, on a les congés plus que le privés, on a plus de congés, 25 jours ou 26 jours ça dépend, on a des droits sociaux. Il y a pas mal d'avantages que dans le privé." (E6P57, secteur public)

Cas adaptés aux capacités de l'institution

Facteur limitant "Mais le problème c'est que maintenant ils acceptent des gens psychiatriques. Et on arrive même pas nous-même… on n'est même pas formé pour ce genre de personne. J'ai assisté un jour à une scène qui m'a fait peur. C'est un gars qui a retourné complètement tout le chariot dans le couloir. Il a commencé à jeter sur nous les tasses, les assiettes. C'était ingérable. Ingérable." (E3P37, secteur commercial)

*Facteur limitant "*Mais quand on vit dans un contexte comme ça qui n'est pas adapté pour elle du tout, je trouve c'est non assistance aussi hein, aux personnes et pas forcément âgées. Il y a des gens qui vivent là parce qu'ils ne savent pas être autonomes mais qui relèvent plus de la psychiatrie, qui ont en dessous de 65 ans et tout. Ils sont là, ceux là on les a « parqués » j'appelle ça, avec les déments mais qui ont toute leur tête hein. Et qui deviennent tristes, qui deviennent… Comme ils bougent, ils savent pas quoi faire, et si là on leur dit « au fauteuil, assis ! » et même entre eux maintenant, ils se disent « Assis ! » quand un des soignants… Ils sont là comme ça, dans un fauteuil toute la journée." (E8P71, secteur commercial)

Flexibilité de l'employeur

Facteur favorisant "Si vous voulez faire moins d'heures, vous pouvez aussi demander. Si c'est possible, on vous octroie ça ou pas. Donc je pense qu'ils sont vraiment flexibles par rapport à ça, par rapport aux autres de maisons de repos aussi." (E2P24, secteur public)

Commercialisation et aspects financiers

1. But lucratif (Tableau 12)

Toutes les soignantes du secteur commercial avaient un avis négatif sur la vision lucrative de leur établissement. La recherche de profits était énoncée à plusieurs reprises comme une des causes de la détérioration de la qualité. La problématique des "cas psychiatriques" inadaptés aux capacités de l'institution décrite précédemment provenait, selon la même soignante, de la logique financière des gestionnaires de l'établissement qui souhaitaient remplir les lits à tout prix. Une participante du secteur commercial expliquait que des compensations financières avaient été proposées à tout membre du personnel qui amènerait un nouveau résident afin de les inciter à remplir les lits de la maison de repos.

Tableau 12 : But lucratif
"E: Et qu'est-ce qui a changé vraiment pour vous? Qui a amené à cela? 1: Allez. Ce groupe en particulier… parce que c'est vrai que… E: Orpea vous voulez dire? 1: Oui oui oui. Oui oui oui, Orpea. Oui oui oui. Ils sont cotés en bourse. Il faut évidemment que ça rapporte. Il faut que ça… Le profit avant tout. Le profit avant tout." (E1P14, secteur commercial) "E: Et pourquoi est-ce qu'il y a ce phénomène là vous pensez? 3: Moi je crois que c'est fait pour rentrer… C'est point de vue argent. Point de vue argent. Pour remplir les chambres, on accepte n'importe quoi. Nous on n'est pas capable de gérer ces gens. Parce qu'ils sont jeunes, agressifs, complètement à l'ouest. Et franchement ça c'est un truc qui nous fait peur." (E3P36 , secteur commercial)
"5: Il manque des résidents parce qu'il y a des gens qui meurent, il y en a qui sont hospitalisés. Donc il manque des résidents. A tel point qu'on nous a proposé que si on faisait entrer un résidents, on avait droit à 150€." (E5P52, secteur commercial)

2. L'expansion (Tableau 13)

La volonté d'expansion des groupes gestionnaires a été abordée lors de deux entretiens avec des soignantes du secteur commercial. Une des soignantes précisait ce phénomène en expliquant que le groupe pour lequel elle travaillait avait racheté une série d'établissements, revendu les immeubles et rassemblé ensuite les résidents dans un bâtiment nouvellement construit. Ce transfert de structure avait eu, selon elle, un impact négatif sur les résidents et les travailleurs mais avait été justifié par des motifs économiques.

Tableau 13 : Expansion
"E : C'est il y a combien de temps que c'est devenu X [groupe commercial] de l'autre côté ? 8 : Un an, un an et demi, le temps de .. Le temps que la maison termine d'être construite etc, que les aspects financiers se fassent. Donc en fait ils rachètent 4-5 maisons de repos pour acheter des lits. L'immeuble est déjà revendu à quelqu'un d'autre. Par exemple où j'étais ça va devenir des kots étudiants. Donc ils louent les lieux tant qu'ils y sont encore parce que comme ça ils revendent directement l'immeuble, ils n'ont pas dû… Vous voyez" (E8P68, secteur commercial)
"5: Le groupe Orpea. Oui c'est un groupe français. Ce sont des français qui ont racheté cette maison. Et ils sont nombreux. Ils ont racheté presque… je ne sais pas combien de maisons ici à Bruxelles. Ils ont racheté beaucoup de maisons de repos à Bruxelles." (E5P45, secteur commercial)

3. Les économies (Tableau 14)

La totalité des soignantes du secteur commercial se plaignaient de coupes budgétaires. Les impacts évoqués de ces économies étaient les suivants: une réduction de la qualité de la nourriture et du matériel nécessaire aux toilettes des résidents, une diminution du personnel, et un manque occasionnel de matériel. Plusieurs participantes mettaient en cause la vision lucrative des gestionnaires de leur institution. Les normes minimales - en termes de nombre de personnel soignant ou de durée de soins - étaient, selon l'une d'elles, utilisées comme des normes à ne pas dépasser. Elle décriait la dominance de la logique économique sur l'intérêt du patient.

Tableau 14 : Économies
"Ils se font des économies sur le dos des travailleurs. On exploite les travailleurs pour gagner de l'argent et on se fait de l'argent sur le dos des personnes âgées. Parce que c'est devenu un commerce que de gagner de l'argent sur le dos des personnes âgées. Que ce soit leurs boissons, que ce soit leur nourriture, que ce soit le linge, que ce soit n'importe quoi, on doit faire des économies. On doit faire des bénéfices. Et c'est triste. C'est très triste." (E5P47, secteur commercial)

4. La sous-traitance (Tableau 15)

Deux soignantes du secteur public décrivaient des changements dans leur maison de repos allant à l'encontre du mécanisme de sous-traitance. Dans les deux situations, la préparation des repas, auparavant sous-traitée, était à nouveau réalisée dans les cuisines de l'établissement.

Tableau 15 : Sous-traitance
"6: Et aussi ce qu'il n'y avait pas avant et qu'on a maintenant c'est : avant on avait les repas Sodexo, c'était des repas importés, alors qu'ici on a la cuisine, on a un cuisinier qui fait les repas tous les jours." (E6P54 , secteur public)

5. L'accessibilité financière (Tableau 16)

Une soignante a abordé l'aide financière que les CPAS proposent aux résidents précarisés afin de payer leur hébergement en maison de repos publique. Ce soutien financier rendait accessible ces maison de repos indépendamment des moyens financiers de chacun, ce qui n'étaient pas le cas du secteur commercial, selon elle.

Tableau 16 : Accessibilité financière
"E : Et par rapport aux résidents aussi vous pensez ? 6 : Oui, par exemple ici comme c'est un CPAS, il y a des patients qui n'ont pas un franc mais qui ont une chambre à deux lits et qui sont gâtés comme à l'hôtel. C'est le CPAS qui prend en charge. Ça c'est bien. Dans le privé il ne va pas se permettre à payer sa chambre." (E6P57, secteur public)

Discussion

1. Évolution du secteur commercial

Sur les dix dernières années, à travers l'Europe, le même mouvement général s'est opéré, en termes de distribution des types de gestionnaires, avec une croissance du secteur privé au détriment du secteur public (6). Dans une étude de 2012 reprenant 12 pays européens et les 3 régions de Belgique, Bruxelles possédait proportionnellement le deuxième plus grand secteur commercial juste derrière l'Angleterre, avec respectivement 62% et 80% des établissements (Figure 3). Les auteurs de l'étude notaient toutefois le manque de définitions standardisées de maisons de repos "à but lucratif" et "sans but lucratif" affectant ainsi la récolte de données. Pour 4 des 13 pays, seules des données combinant les maisons de repos aux soins à domicile étaient disponibles (6). En 2017, Bruxelles possédait un taux de commercialisation (63%) quatre fois supérieur à celui de la Flandre (16%) et un quart supérieur à celui de la Wallonie (48%) (Figure 2). Les deux autres régions comportent des spécificités qui expliquent partiellement cette différence. En Flandre, c'est le mouvement associatif chrétien qui détient une grande partie des maisons de repos. En Wallonie, le gouvernement régional a instauré en 2009 un mécanisme de programmation qui réserve 29% des lits au secteur public et 21% au secteur associatif tandis qu'il limite la part du secteur commercial à 50% (4).

Si l'on considère la commercialisation uniquement du point de vue de l'évolution de la part du secteur commercial, alors ce phénomène a eu lieu à Bruxelles mais de manière limitée. En effet, depuis 2000, la proportion de lits commerciaux a été relativement stable (Figure 1). Par contre, au sein de ce secteur commercial, des changements conséquents ont eu lieu ces dernières années. Tout d'abord, le nombre de lits appartenant à des groupes commerciaux s'est accru considérablement entre 2010 et 2017, atteignant, en 2017, 87% du secteur commercial et 55% du total des lits (Figure 4). En contrepartie, une réduction notable des sociétés composées d'une seule maison de repos a eu lieu. Cela impliquerait qu'elles aient été rachetées par des groupes ou qu'elles aient elles-mêmes acheté une ou plusieurs maisons de repos. Ensuite, parmi ces groupes, trois d'entre eux se distinguent par leur grande taille: Orpea avec 22 institutions, Armonea avec 15 institutions et Senior Living Group, une filiale du groupe Korian, avec 10 institutions. À eux seuls, ils détenaient 31% du total des lits en 2017 (Figure 5).

Qui sont ces acteurs commerciaux qui possèdent une telle part des maisons de repos bruxelloises? Tout d'abord, ces entreprises sont également les plus grands groupes gestionnaires au niveau de la Belgique. La part des lits, au niveau national, des quatre plus grands groupes, dont ils faisaient partie avec Senior Assist, est passée de 13% à 20% entre 2012 et 2015 (23). Ces trois compagnies sont également des sociétés multinationales. Armonea, groupe belge, détient 138 établissements dont 86 en Belgique, 35 en Espagne et 17 en Allemagne (25). Le groupe Korian comptabilisait 600 structures et 57000 lits répartis sur 4 pays européens en 2016. Le groupe Orpea, leader à Bruxelles, détenait, en 2016, 68000 lits distribués sur 8 pays différents, le plaçant également en tête au niveau européen (23). Son développement dépasse les frontières de l'Europe avec l'ouverture d'établissements en Chine et au Brésil (26). Ces sociétés sont en pleine expansion. Entre 2010 et 2016, Orpea et Korian ont doublé leur nombre de lits (23).

Il semble intéressant de s'attarder sur les stratégies employées par ces entreprises pour accroître leurs parts de marché afin de mieux comprendre leur fonctionnement et leurs motivations ainsi que les effets potentiels qui pourraient en découler. Cusman & Wakefield, une des plus grandes firmes de conseils en investissements immobiliers au niveau mondial, cite quatre méthodes différentes: *"(...) extension de maisons de repos déjà existantes, acquisition de plus petits opérateurs spécialement pour bénéficier d'agréments plutôt que de lits existants*[19]*, fusion entre opérateurs, internationalisation avec acquisition d'opérateurs dans d'autres pays"* (23). CBRE, la plus grande société de conseils en investissements immobiliers au niveau mondial, explique dans un rapport de 2016 que les grands groupes gestionnaires préfèrent vendre les bâtiments liés à leurs rachats de maisons de repos afin de dégager de l'argent frais pour continuer à investir dans leur expansion sur le marché. CBRE décrit cette situation comme une opportunité pour les institutions financières et les assurances que Cofinimmo, Aedifica, KBC, Belfius, Ethias et Ageas ont déjà saisie (27). Les maisons de repos sont donc, selon la CBRE, des investissements attractifs comportant sur *"le long terme, des entrées sûres d'argent (contrats de bail de 27-30 ans)"* avec *"la plupart des opérateurs de maisons de repos recevant des subsides, assurant également la durabilité des loyers"* (27). En cas de vente, la partie immobilière des maisons de repos se négocie à des rendements financiers de 5,25 à 7% (27).

[19] cette "*optimisation des autorisations publiques*" permettrait à ces entreprises de fermer les anciennes structures et les rassembler en "redéveloppant une nouvelle infrastructure plus efficiente en termes d'économies d'échelle, de coûts énergétiques, de coûts en ressources humaines, ..." (*23*).

Les maisons de repos bruxelloises sont donc bien considérées comme un marché, où des larges sociétés multinationales et des plus petites entreprises sont en compétition constante. Ce constat mène à une ambiguïté: le résident est à la fois un "client" à qui des entreprises tentent de vendre leur produit et une "personne âgée dépendante" qui est le bénéficiaire de soins dans un cadre de vie adapté. Cette dualité prouve que le travail dans le domaine des maisons de repos n'est pas un marché comme un autre. En effet, de potentielles défaillances de ce marché auraient de graves conséquences humaines. Dans un secteur marchand habituel, si une entreprise a des rendements trop faibles, celle-ci doit abandonner son activité, par vente ou faillite. Ce dernier cas est particulièrement bien illustré par l'exemple de Southern Cross, le plus grand groupe de maisons de repos au Royaume-Uni, qui s'est déclaré en faillite en 2011 suite à une expansion trop agressive (28,29). Dans ce type de situation, que deviennent alors les résidents et les soignants? Qui paie pour que ceux-ci ne soient pas forcés à quitter leur lieu de vie ou de travail? D'autre part, ce sont les théories néolibérales du marché et de la compétition qui ont poussé de nombreux pays de l'OCDE à stimuler la croissance du secteur commercial dans le domaine des soins de longue durée (30). Pourtant, jusqu'à présent, ces théories n'ont pas fait leurs preuves au sein du domaine des maisons de repos (6,30).

L'évolution du secteur commercial à Bruxelles depuis 2010 montre une tendance progressive à la concentration du marché, les trois plus grands acteurs augmentant leur part du total des lits de 19% à 31%. Orpea comptabilisait à lui seul 15% des lits bruxellois en 2017 (Figure 5). Cette concentration pourrait, en principe, apporter de potentiels avantages tels que des économies d'échelle ou une gestion plus professionnelle des établissements. Cependant, elle pourrait également avoir des effets délétères tels qu'une diminution de la qualité par des économies d'échelle inadéquates ou une réduction du panel de l'offre disponible pour les futurs résidents (31).

Lors de la réalisation de notre étude, nous avons été interpellés par la présence d'établissements sous le statut d'ASBL parmi les groupes commerciaux. Armonea et Korian détiennent ensemble 5 maisons de repos possédant ce statut. Pourtant, ces groupes sont des sociétés commerciales, ce qui signifie qu'elles ont, par définition, un but lucratif. Ce phénomène pose plusieurs questions. Est-ce que ces institutions n'apportent aucun profit à ces groupes? Ce qui irait contre la nature même de ces entreprises. Quel serait alors l'intérêt de les acheter dans ce cas? Toutefois, si un profit en est tiré, par quel moyen?

2. Impact sur le prix et l'accessibilité financière

Une hausse considérable du prix d'hébergement a eu lieu à Bruxelles entre 2012 et 2017 (Figure 6). La part des établissements coûtant mensuellement plus de 1700 € a doublé durant cette période, tandis qu'en parallèle, la part des institutions bon marché, coûtant 1500 € ou moins, a été divisée par deux (Figure 6). Les raisons de cette augmentation ne sont pas certaines en vue des données récoltées. Par ailleurs, les facteurs pouvant influencer le prix de l'hébergement sont multiples (3). La littérature mentionnent entre autres: le type de gestionnaires, la situation géographique, les facteurs liés à l'infrastructure et aux chambres, le profil des résidents et les choix du management (personnel, rentabilité, etc) (3).

Dans notre étude, nous nous sommes centrés sur l'impact lié au type de gestionnaires et nos résultats font apparaître certaines tendances. Pour commencer, il y a une nette disparité des prix d'hébergement entre le secteur public et les secteurs commercial et associatif. Avec plus de deux tiers de leurs établissements coûtant plus de 1700 € par mois, les secteurs commercial et associatif sont plus chers que le public qui, lui, ne présente qu'un cinquième de ses établissements à ce prix (Figure 7). Ces chiffres sur les établissements les plus chers sont à mettre en perspective avec la taille des différents secteurs. En effet, le secteur commercial étant largement majoritaire avec 62,8% des lits, le prix de ses institutions pèse plus lourdement sur le prix moyen des lits à Bruxelles. En comparaison, les tarifs pratiqués dans le secteur associatif, ne représentant que 15,7% des lits, ont un impact plus limité sur le prix moyen. Cette gamme de prix élevée s'explique notamment par la possibilité pour les établissements commerciaux et associatifs de décider librement du prix de l'hébergement. En Belgique, il n'y a aucune régulation quant au "premier prix"[20] d'hébergement, ce qui poussait l'Union Nationale de Mutualités Socialistes à recommander en 2017 la mise *"en place* [d']*un système d'autorisation de prix sur base de critères objectifs (tels que l'offre et la qualité de l'infrastructure et de la fonction d'hôtellerie) et de pièces justificatives."* (3).

Étant donné que le but premier du secteur commercial est de retirer un profit de ses services, les gestionnaires pourraient être tentés de sélectionner les résidents sur base du rendement financier qu'ils apporteraient. Toutefois, cela pourrait être également le cas pour les structures publiques ou associatives qui fonctionneraient dans le même genre d'optique de rendement. À Bruxelles en 2014-2015, le secteur commercial comptait 60,1% de résidents

[20] Prix fixé à l'ouverture de la maison de repos.

avec des profils de légère dépendance[21] par rapport à 27,8% dans le secteur public et 12,1% dans le secteur associatif (20). Les auteurs n'ont pas su déterminer si cette spécificité provient d'un choix délibéré pour des raisons financières. De plus, en Belgique le forfait INAMI varie en fonction de l'état de dépendance du résident ce qui signifie que ce ne sont peut-être pas les cas les plus légers qui rapportent le plus. Une raison supplémentaire de l'augmentation du prix d'hébergement pourrait être l'intensification des normes qui régissent les maisons de repos et leur activité. Cette hypothèse est apparue lors de discussions avec certains experts du domaine des maisons de repos bruxelloises (voir Méthodologie des entretiens semi-dirigés). Selon ceux-ci, ce facteur aurait participé à l'accroissement des plus grands groupes qui avaient la capacité d'investir dans les rénovations que les plus petites structures ne pouvaient pas ou ne souhaitaient pas financer. Aucune information pertinente corroborant cette hypothèse n'a été trouvée par les auteurs. Elle reste donc une piste à approfondir afin d'élucider les causes de l'augmentation conséquente du prix d'hébergement à Bruxelles.

Face à cette croissance du prix qu'en est-il de l'accessibilité financière des maisons de repos? Pour commencer, le taux élevé de risque de pauvreté à Bruxelles démontre que la population bruxelloise est plus fragile économiquement que celle des 2 autres régions (Figure 10). La croissance des bénéficiaires de la GRAPA à Bruxelles renforce ce constat (Figure 11). Ensuite, la forte réduction des structures présentant des prix abordables est un indicateur interpellant. Entre 2012 et 2017, la part des établissements coûtant 1500 € ou moins est passée de 53% à 21% (Figure 6). En 2016, il n'y avait plus que 12% des maisons de repos qui affichaient des prix à 1300 € ou moins tandis que 25% des personnes de plus de 80 ans ayant répondu à l'enquête EU-SILC possédaient un revenu disponible total inférieur à 1193 € par mois (Figures 6,12). En 2017, la proportion de maisons de repos à 1500 € ou moins dans le secteur public était deux fois supérieure à celle du secteur commercial et trois fois supérieure à celle du secteur associatif (Figure 9). D'autre part, les résidents des établissements publics bénéficient d'une aide financière du CPAS pour leur hébergement lorsque leurs revenues ne sont pas suffisants. Le CPAS paie alors la différence entre les revenus de la personne et le prix de sa chambre. En ajoutant ce mécanisme de soutien aux prix plus abordables de ses institutions, le secteur public permet une meilleure accessibilité financière. Par contre, ces points positifs ne sont pas des gages d'accessibilité pour tous. Premièrement, le nombre de lits publics est limité et il s'est même réduit d'un quart entre 1996 et 2017 (Figure 1). Deuxièmement, le prix du secteur public s'est accru ces dernières années avec une réduction

[21] Correspondant aux catégories A ou O de l'échelle de Katz.

conséquente de la part de ses maisons de repos à 1500 € ou moins, entre 2012 et 2017, passant de 86% à 37% (Figure 7,9). En parallèle, les secteurs commercial et associatif présentent des taux élevés de maisons de repos "chères". Ces taux continuent de s'accroître depuis 2012 et impactent négativement l'accessibilité des maisons de repos. En 2016, deux tiers de leurs établissements coûtaient plus de 1700 € alors que seuls 25 % des répondants de l'enquête EU-SILC percevaient un revenu total disponible supérieur à 1623 € par mois. Compte tenu de ces données, il semblerait que l'inaccessibilité financière de ces institutions soit une réalité pour une large partie de la population âgée. Le rapport d'Eurofound publié 2017 mettait en lumière un dilemme auquel les gestionnaires commerciaux font face: faire des économies en diminuant la qualité des soins ou augmenter leurs prix en réduisant leur accessibilité et donc leur compétitivité (6).

Une grande partie des modèles économiques actuels se focalisent sur les coûts liés au vieillissement de la population, considérant ce dernier comme un "fardeau économique" qu'il faudrait parvenir à maîtriser (32). La partie quantitative de ce travail n'échappe pas à cette remarque. Dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé de 2016, l'OMS fait référence à la culture de "l'âgisme"[22] présente dans notre société et qui, à travers divers stéréotypes et préjugés attribués aux personnes âgées, amène une large partie de la population à présenter des attitudes négatives à l'égard des personnes âgées (32). Pourtant selon l'OMS: *"Ces attitudes âgistes limitent la manière dont les problèmes sont conceptualisés, limitent les questions qui sont posées, et la capacité à saisir les opportunités innovantes."* (32). Ce constat fait écho avec la situation du secteur des maisons de repos à Bruxelles. L'ASBL Infor-Homes Bruxelles y faisait référence dans les conclusions de ses deux derniers rapports annuels, regrettant le *"peu d'ouverture à des initiatives 'alternatives'"*.

[22] "L'âgisme désigne les stéréotypes et la discrimination à l'encontre d'individus ou de groupes de personnes, basés sur leur âge. L'âgisme peut prendre plusieurs formes, y compris les préjugés, les pratiques discriminatoires ou les politiques et les pratiques institutionnelles qui perpétuent ces stéréotypes." (32)

3. Effets sur la qualité de vie et les conditions de travail

Dans le troisième volet de ce travail, les auteurs ont tenté de mettre en lumière les changements dans la qualité de vie et les conditions de travail en maison de repos suite aux évolutions du secteur décrites ci-dessus durant ces dernières années. Les études comparant la qualité entre les maisons de repos publiques et commerciales ne donnent pas une réponse univoque (6, 29, 31, 33). D'autre part, la disparité dans les critères de qualité utilisés dans ces études complique l'analyse. À travers nos recherches centrées sur Bruxelles, aucun chiffre pertinent comparant les maisons de repos ou les secteurs n'a été trouvé. Ceci nous a amené à nous intéresser à l'approche qualitative. Cette approche a l'avantage de faire transparaître une réalité de terrain qu'une étude quantitative n'aurait pu développer. Les huit soignantes de terrain rencontrées lors des entretiens avaient énormément à dire sur les changements en termes de qualité au sein de leurs institutions. Les profils des participantes étaient diversifiés tant au niveau de leur âge, de leur profession et de leur carrière. Il n'y avait pas d'homme dans l'échantillon. Ceci pourrait être expliqué par leur présence moindre dans ce type de profession rendant le recrutement de participants masculins plus difficile. Il y avait une bonne distribution des prix d'hébergement parmi les maisons de repos dans lesquelles ces soignantes travaillent. La moitié des institutions provenaient du secteur commercial et l'autre moitié du secteur public. Une majorité de soignantes a affirmé avoir travaillé dans un autre secteur dans le passé, ce qui a permis d'alimenter les discussions en apportant des points de comparaison. Il n'y avait pas de travailleur de maison de repos du secteur associatif. La représentation minoritaire de ce secteur dans le total des lits à Bruxelles (Figure 1) pourrait en être une des causes. Néanmoins, ce manquement nous prive d'une analyse de l'évolution de ce secteur au cours des dernières années. La totalité des institutions possédait à la fois des lits MR et des lits MRS signifiant qu'elles avaient toutes des résidents avec des profils de dépendance variables.

La qualité était définie par les soignantes autour des plusieurs axes: le temps, les soins, le cadre de vie, les compétences professionnelles et la gestion du personnel. On y retrouvait une grande partie des critères de qualité décrits par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) [23] et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux

[23] Institution fédérale belge qui élabore, sur base de recherches scientifiques, des recommandations en termes de politique de santé publique.

et médico-sociaux (ANESM)[24] (34,35). Au sein de ces catégories, les soignantes relevèrent de nombreux facteurs limitant ou favorisant la qualité. Certains changements inattendus sont apparus durant les discussions. Par exemple, la réintégration de la préparation des repas au sein de deux institutions publiques, qui a eu un effet positif sur la qualité de la nourriture.

Les soignantes ont globalement décrit une détérioration de la qualité de la prise en charge des résidents. Les causes principalement évoquées étaient: la surcharge de travail, exprimée en termes de manque de temps ou de personnel, et les économies réalisées par les gestionnaires. Ces changements péjoratifs touchaient majoritairement les soignantes en maison de repos commerciale; les soignantes du secteur public s'exprimant de manière neutre voire positive à ce sujet. L'analyse de la fréquence d'apparitions du mot "temps" teinté d'une connotation négative, reprise dans le Tableau 6, illustre bien ce propos. Les participantes du secteur commercial mettaient toutes en cause le but lucratif de leur institution. Ces soignantes se sentaient donc concernées par le sujet de la commercialisation. Certaines étaient touchées par la présence de cas inadaptés à leur établissement, comme des cas lourds de psychiatrie, qu'elles n'expliquaient que par la recherche de profit des gestionnaires. Ce besoin de rendement financier pousserait ces institutions à vouloir remplir leurs lits le plus vite possible. Un exemple parlant est celui d'une soignante du secteur commercial qui expliquait que sa maison de repos avait proposé des compensations financières à tout membre du personnel qui ferait rentrer un nouveau résident au sein de l'institution. L'expansion des groupes commerciaux et "*l'optimisation des autorisations publiques*" (23) mises en évidence dans le volet quantitatif de ce travail (Figures 6-9) étaient décrites par certaines participantes à travers les conséquences négatives qu'elles y voyaient : perte d'emplois, infrastructures inadaptées, diminution des activités pour les résidents.

Les relations entre le personnel et les gestionnaires commerciaux étaient perçues négativement par les soignantes du secteur commercial. Le constat était similaire au niveau de la relation entre les soignants et les résidents. Certaines expliquaient éviter les échanges avec les résidents pour ne pas réduire le temps qu'elles ont pour leurs tâches quotidiennes, sous-entendant donc que la relation avec les résidents n'était pas une priorité pour leur institution. Pourtant, dans certains établissements publics ces relations contribuant au bien-être du résident étaient valorisées à travers des formations spécifiques.

[24] Institution française dont les missions et travaux ont été repris par la Haute Autorité de Santé depuis janvier 2018.

Dans cette partie sur l'évolution de la qualité des maisons de repos, seules des soignantes ont été interrogées. Une prochaine étape pourrait être de questionner directement les résidents sur leur vécu en institution. Pour concevoir une étude sur l'évolution de la qualité du point de vue du résident, un point de départ intéressant serait l'étude réalisée par l'Institut Scientifique de Santé Publique en 2001. Celle-ci avait été réalisée via un questionnaire sur la satisfaction des résidents en maisons de repos (34). L'éventail des facteurs recherchés était considérable et touchait à des aspects très divers de la vie des résidents, allant de l'état des chambres et de l'institution à leurs avis sur les relations avec le personnel et la direction ou encore leurs ressentis sur leur autonomie et les choix qui leurs étaient proposés. De plus, l'échantillonnage avait été de grande ampleur, comptabilisant 2444 participants. Une approche visant à récolter les avis des directeurs et des gestionnaires de maisons de repos pourrait être une option supplémentaire.

D'autre part, une étude quantitative comparant la qualité des maisons de repos bruxelloises en fonction du type de gestionnaires apporterait des données chiffrées qui font défaut dans la réflexion actuelle sur la commercialisation des maisons de repos. Les critères de qualité devraient être choisis avec attention pour représenter au mieux la qualité de vie des résidents, tenant compte, à la fois des besoins perçus par ces derniers et leurs familles et ceux décrits par le corps professionnel.

4. Conclusion

En conclusion, une commercialisation des maisons de repos s'est opérée à Bruxelles ces dernières années à travers une expansion des groupes commerciaux. En 2017, la part de marché des trois plus grandes groupes commerciaux atteignait près d'un tiers du total des lits. Leur fonctionnement, basé sur une logique marchande, a été décrit et les auteurs ont mis en évidence certains de ses impacts potentiels. Le prix d'hébergement en maison de repos s'est considérablement accru depuis 2012. Les causes de cette augmentation ne sont pas connues. Les secteurs commercial et associatif affichent des prix plus élevés que le secteur public et présentent de ce fait une accessibilité financière réduite. Pourtant, cette accessibilité a une importance particulière à Bruxelles étant donné le niveau de précarité illustré par les taux élevés de risque de pauvreté et de bénéficiaires de la GRAPA par rapport aux deux autres régions. Huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de soignantes en maison de repos afin d'analyser l'impact de la commercialisation sur la prise en charge des résidents dans

leurs institutions. Il en ressort une évolution globalement péjorative de la qualité de la prise en charge des patients et des conditions de travail dans les maisons de repos commerciales. Les causes principalement évoquées étaient la surcharge de travail, exprimée en termes de manque de temps ou de personnel, et les économies excessives réalisées par les gestionnaires. Les soignantes du secteur commercial étaient interpellées par la priorité lucrative de leurs établissements, à laquelle elles attribuaient une partie des changements négatifs dont elles avaient été témoins.

Ce travail aura mis en exergue la fracture concernant les priorités au sein des maisons de repos, avec d'un côté l'intérêt économique, dicté par des impératifs financiers, et de l'autre, l'intérêt humain, représenté par le bien-être des résidents. En fonction de ces deux logiques, les politiques de gestion et de planification des maisons de repos à envisager sont clairement différentes. Si une régulation de la part des secteurs est souhaitée par la société bruxelloise, une solution pour le gouvernement régional serait de se baser sur le mécanisme de programmation qui a été mis en place en Wallonie depuis 2009. Un contrôle est possible, mais reste à savoir si celui-ci est le voeux de la population bruxelloise et de ses autorités. Pour ce faire, nous recommandons qu'un large débat ait lieu entre les pouvoirs publics et les citoyens en considérant particulièrement l'avis des personnes les plus concernées: les résidents et leurs soignants. Une attention singulière devra être portée sur le regard stéréotypé et généralement réducteur que la société pose sur les personnes âgées. Les auteurs espèrent, très modestement, que ce travail permettra de faire avancer le débat.

Références

1. Vandresse M, Duyck J, Paul J-M. Perspectives démographiques 2017-2070. In. Bruxelles: Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique; 2018.
2. Comité d'Étude sur le Vieillissement. Rapport Annuel. Conseils Supérieur des Finances; 2017.
3. Laasman J-M, Maron L, Placet N, Robert A, Van den Heede A, Van Duynslaeger M, et al. Maisons de repos : à quel prix? Monitoring des prix en 2016. In. Bruxelles: Direction Etudes de Solidaris Mutualité; 2017.
4. Van Den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Voorde C et al. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025. In. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2011.
5. Institut Scientifique de Santé Publique. Enquête de santé 2013, Rapport 3: Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux. In. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique; 2015
6. Molinuevo D and Anderson R. Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers. In. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound); 2017.
7. Mackintosh M, Koivusalo M. Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons from UNRISD Research. In. Genève: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD); 2007
8. INAMI. Statistiques et évolution du secteur des maisons de repos [Web page]. 2016. Available from: http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/statistiques-evolution-secteur-maisons-repos.aspx#.WuZOAdQrKt8 (consulté le 10/02/2018)
9. Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA). Population, structure par âge [Web page]. 2017. Available from: http://ibsa.brussels/themes/population/population#.WucD29QrKt8
10. Service Fédéral des Pensions. Statistique annuelle des bénéficiaires de prestations 2017. In. Bruxelles: Service Fédéral des Pensions (SFP); 2017.
11. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2010. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2011.
12. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2011. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2012.
13. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2012. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2013.
14. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2013. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2014.
15. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2014. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2015.
16. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2015. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2016.
17. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2016. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2017.
18. Infor-Homes Bruxelles asbl. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises 2017. In. Bruxelles: Infor-Homes Bruxelles asbl; 2018.
19. Englert, M Luyten S, Mazina D, Missinne S. Baromètre social 2017. In. Bruxelles : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune; 2017.
20. Luyten S, Yannart M, Deguerry M. Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents au profils O ou A. In. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune; 2016.
21. Gasior K, Huber M, Lamura G, Lelkes O, Marin B, Rodrigues R et al. Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. In. Vienna. European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.
22. Vzw Home Info. Jaarverslag 2017. In. Bruxelles: vzw Home Info; 2018.
23. Van Meerbeeck C. Booming Market Belgium Nursing Homes. In. Brussels. Cushman & Wakefield VOF; 2016.
24. Eurostat. Consumer prices - inflation and comparative price levels [Web page]. 2018 . Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Consumer_prices_-_inflation_and_comparative_price_levels (consulté le 10/04/18)
25. Chris Cool. Armonea International [Web page]. 2017. Available from: https://www.armonea.be/fr/a-propos-darmonea/armonea-international (consulté le 15/02/2018)
26. ORPEA. ORPEA dans le monde. 2018 [Web page]. Available from: https://www.orpea-groupe.com/le-groupe/qui-sommes-nous/orpea-dans-le-monde (consulté le 15/02/2018)

27. Paepen P. [Belgium Real Estate Showcase]. Profacility Magazine 2016, 60-63.
28. Scourfield P. Caretelization revisited and the lessons of Southern Cross. Critical Social Policy 2011, 32(1):137–148
29. Ronald A, McGregor1 J, Harrington C, Pollock A, Lexchin J. Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change? PLoS Med 2016, 13(4).
30. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. In. Paris. OECD; 2015.
31. Winkelmann J, Rodrigues R, Leichsenring K. To Make or to Buy Long-term Care II: Lessons from Quasi-markets in Europe. In. Viennna. European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2014.
32. Araujo de Carvalho I, Beard J, Chatterji S, Epping Jordan J, Harvey A, Keating N et al: Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. In. Genève: Organisation mondiale de la Santé (OMS); 2016.
33. Comondore V, Devereaux P, Zhou Q et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. BMJ 2009, 339: 381-384.
34. Jans B., Van Oyen H: La satisfaction dans les Maisons de Repos et dans les Maisons de Repos et de Soins : Partie 1 : Evaluation par les résidents 2001. In. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique; 2003.
35. ANESM. Eléments de cadrage, Recommandations de bonne pratiques professionnelles, La qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). In. Saint-Denis: Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM); 2010.