



**L'impact des
mesures Covid-19
sur les droits
humains dans les
maisons de repos
(et de soins) : une
étude qualitative**



unia.be    

L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative

Remerciements

Ce document est le fruit d'un travail collectif. Nous remercions les personnes que nous avons pu rencontrer au fil de cette enquête qui ont accepté de nous faire part d'expériences personnelles et professionnelles parfois douloureuses. Des personnes qui, par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont, dans un contexte difficile, guidé nos réflexions et nous ont permis d'avancer.

Dans ce rapport, le masculin est utilisé comme genre neutre et désigne aussi bien les femmes que les hommes.



Les missions légales d'Unia

En tant que service public indépendant, Unia combat les discriminations et promeut l'égalité. Nous cherchons à favoriser une participation égale et inclusive de tous dans tous les domaines de la vie sociale. En outre, nous veillons au respect des droits humains en Belgique. En 2018, Unia a été officiellement reconnu comme institution nationale de protection des droits de l'Homme de statut B. Unia doit ce statut à son indépendance et à son engagement pour les droits humains, dont le droit à l'égalité des chances et à la non-discrimination. Dans le cadre de ces missions, Unia défend aussi les droits des personnes âgées dans la société.

Table des matières

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUCTION | 5 |
| 1.1 | ÉVOLUTION DE LA CONNAISSANCE | 5 |
| 1.2 | IMMERSION AU SEIN DES MR/S | 6 |
| 1.3 | CADRAGE CONCEPTUEL | 6 |
| 1.4 | APPROCHE INTERDISCIPLINAIRE | 7 |
| 2 | MISE EN CONTEXTE | 8 |
| 2.1 | CADRE INSTITUTIONNEL | 8 |
| 2.2 | MRPA/MRS | 9 |
| 2.3 | RÉSIDENTS | 10 |
| 3 | LE COVID-19 ET SES IMPLICATIONS AU SEIN DES MR/S | 11 |
| 4 | MÉTHODOLOGIE | 13 |
| 4.1 | TROIS ÉTAPES | 14 |
| 4.2 | NOMBRE ET CHOIX DES PARTICIPANTS | 15 |
| 5 | EXPÉRIENCES ET CONSTATS DES PARTICIPANTS | 19 |
| 5.1 | RÉSIDENTS | 19 |
| 5.2 | FAMILLES | 20 |
| 5.3 | DIRECTION ET PERSONNEL | 22 |
| 6 | ELÉMENTS DE CONCLUSION | 26 |
| 7 | LES DROITS HUMAINS DES PERSONNES ÂGÉES EN MR/S | 28 |
| 7.1 | QU'EST-CE QUE LES DROITS HUMAINS ? | 28 |
| 7.1.1 | <i>Restrictions de droits humains</i> | 28 |
| 7.1.2 | <i>Des droits distincts pour les personnes âgées ?</i> | 29 |
| 7.2 | CADRE NORMATIF | 29 |
| 7.2.1 | <i>Normes internationales</i> | 29 |
| 7.2.2 | <i>Union européenne</i> | 30 |
| 7.2.3 | <i>Conseil de l'Europe</i> | 30 |
| 7.2.4 | <i>Belgique</i> | 30 |
| 7.2.5 | <i>Communautés et Régions</i> | 31 |
| 8 | LES DROITS HUMAINS DANS LES MR/S : L'IMPACT DU COVID-19 | 32 |
| 8.1 | LÉGALITÉ ET PROPORTIONNALITÉ DES MESURES CONTRE LE COVID-19 | 33 |
| 8.2 | DROIT À LA DIGNITÉ ET À L'AUTONOMIE | 34 |
| 8.2.1 | <i>Liberté de choix et participation pendant la pandémie</i> | 34 |
| 8.2.2 | <i>Soins personnalisés pendant la pandémie</i> | 35 |
| 8.3 | DROIT À LA VIE ET À LA SANTÉ | 36 |
| 8.3.1 | <i>Manque de matériel de protection</i> | 37 |
| 8.3.2 | <i>Droit à la santé et non-discrimination ('triage')</i> | 37 |
| 8.3.3 | <i>Accès limité aux soins du médecin traitant</i> | 39 |
| 8.3.4 | <i>Absence de prise en charge mentale</i> | 39 |
| 8.4 | DROIT À LA LIBERTÉ | 40 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 8.4.1 | <i>Le confinement en institution et/ou en chambre</i> | 41 |
| 8.4.2 | <i>Les visites des proches</i> | 42 |
| 8.5 | INTERDICTION DE LA TORTURE ET DE TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS | 44 |
| 8.5.1 | <i>Mesures de contention pendant la pandémie</i> | 44 |
| 8.6 | PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE | 45 |
| 8.6.1 | <i>Droit au respect de la vie privée et de la vie familiale en institutions</i> | 46 |
| 8.6.2 | <i>Protection de l'intégrité physique et psychique</i> | 46 |
| 8.6.3 | <i>Droit d'exercice de culte et accompagnement spirituel</i> | 46 |
| 8.7 | CONTRÔLE ET PROCÉDURES DE PLAINTÉ | 47 |
| 8.7.1 | <i>Contrôle pendant la pandémie</i> | 48 |
| 8.7.2 | <i>Plaintes pendant la pandémie</i> | 49 |
| 9 | ÉLÉMENTS DE CONCLUSION | 49 |
| 9.1 | UN GRAVE IMPACT SUR LES DROITS HUMAINS EN MR/S | 50 |
| 9.2 | MANQUE DE RESPONSABILITÉ DES POUVOIRS PUBLICS, TROP GRANDE MARGE LAISSÉE AUX MR/S..... | 51 |
| 9.3 | DÉFIS SPÉCIFIQUES DANS UN CADRE COLLECTIF..... | 51 |
| 9.4 | EXTENSION DE PROBLÈMES STRUCTURELS..... | 51 |
| 9.5 | LA VOIX DES SENIORS N' A PAS ÉTÉ ENTENDUE..... | 52 |
| 10 | RECOMMANDATIONS | 53 |
| 10.1 | RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES AUX MR/S..... | 53 |
| 10.1.1 | <i>Renforcer l'autonomie et la participation des résidents des MR/S</i> | 54 |
| 10.1.2 | <i>Renforcer le soutien des professionnels et leur formation</i> | 54 |
| 10.1.3 | <i>Faire des MR/S un véritable « lieu de vie »</i> | 55 |
| 10.1.4 | <i>Renforcer l'inspection et le monitoring des droits humains</i> | 56 |
| 10.1.5 | <i>Traitement efficace des plaintes en interne</i> | 57 |
| 10.2 | RECOMMANDATIONS GLOBALES..... | 58 |
| 10.2.1 | <i>Lutter contre l'âgisme et la discrimination sur base de l'âge</i> | 59 |
| 10.2.2 | <i>Prise en compte des droits des personnes âgées dans les politiques</i> | 60 |
| 10.2.3 | <i>Renforcer le cadre juridique</i> | 60 |
| 11 | RÉFÉRENCES | 62 |
| 12 | SIGLES | 65 |
| 13 | ANNEXE : LISTE DES PARTICIPANTS | 66 |

1 Introduction

L'épidémie Covid-19, qui a frappé la Belgique à partir du printemps 2020, a mis sous tension l'ensemble du système de soins. Dans ce contexte inédit, des mesures ont été prises afin de lutter contre la propagation du virus, au nom d'un impératif de santé publique. Des mesures de confinement ont bouleversé les pratiques sociales les mieux ancrées dans nos vies : les rites funéraires, les pratiques soignantes, le partage de repas, les activités collectives, les visites des proches, etc. Elles n'ont pas été sans créer des difficultés pour les professionnels des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, ainsi que pour les résidents et leurs familles. Prises dans l'urgence, elles ont perturbé les équilibres habituels à tous les niveaux. Elles ont eu, parfois, un effet néfaste sur le droit qu'elles cherchaient à protéger, à savoir le droit à la santé et aux soins de santé¹. Elles ont pu conduire à des situations humaines physiques et psychologiques difficiles et ont généré le bouleversement des interactions qui ont eu un impact sur le bien-être des résidents des maisons de repos/soins (MR/S).

Ces derniers ont, en effet, payé un lourd tribut au Covid-19 lors du premier confinement. Les maisons de repos/soins ont, dès lors, été identifiées comme des lieux d'enfermement où l'âge est associé à la fragilité, à l'isolement et à la mort. Il s'avère que cette situation inédite a également été douloureuse pour le personnel qui accompagne les résidents.

S'il est essentiel du point de vue de la connaissance et indispensable du point de vue éthique et politique d'expliquer, à la lumière des droits fondamentaux, les mesures et leurs impacts, il n'est pas suffisant d'en rester là. La connaissance de ces mesures exige aussi que l'on sache mieux comment elles ont été vécues par ceux qui les ont subies et/ou les ont appliquées. Cette approche, qui s'inspire principalement de la démarche de la théorisation ancrée (Paillé, 2017, 61-83), dans laquelle nous inscrivons pleinement notre contribution, est déterminée par des éléments complémentaires relatés ci-dessous.

1.1 Évolution de la connaissance

Deux premiers rapports (Amnesty International Belgique² et Médecins Sans Frontières³) ont attiré l'attention sur cette douloureuse réalité en donnant la parole aux différents intervenants du secteur, aux travailleurs des MR/S, aux résidents et à leurs familles. Ils ont ouvert la réflexion à des questionnements d'éthique, de droit soulevés par l'application de certaines mesures et leurs conséquences sur les MR/S.

Ce document s'inscrit, également, dans la continuité des travaux menés par Unia, en particulier le dernier rapport « Covid-19, les droits humains mis à l'épreuve »⁴.

¹ European Union Agency for Fundamental Rights (2021), The coronavirus pandemic and fundamental rights: a year in review, p. 15. Luxembourg: FRA. <https://fra.europa.eu/en/publication/2021/fundamental-rights-report-2021>

² Amnesty International Belgique (2020), [Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie Covid-19 en Belgique](#). Bruxelles : Amnesty International.

³ Médecins Sans Frontières(2020), [les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique](#), Bruxelles : Médecins Sans Frontières.

⁴ Unia (2020), [Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve](#). Bruxelles: Unia.

En 2016, le rapport de Unia et European Network of National Human Rights Institutions (ENNHRI),⁵ avait déjà enclenché une réflexion qui faisait référence aux mêmes préoccupations et tiré la sonnette d'alarme au sujet des droits fondamentaux dans les lieux d'hébergement pour personnes âgées en Europe.

Dans ce cadre, Unia a souligné, sur la base des entretiens avec le personnel de certaines MR/S, l'importance de prendre en considération les vulnérabilités à la fois du personnel (fatigue, stress, charge du travail, pression du temps, non reconnaissance, poids des normes et des règles, insuffisance de moyens...) et des résidents (niveau de dépendance, pathologie chronique, troubles cognitifs...). Les deux sont en effet liées, les comprendre permettra de mettre en évidence des pratiques plus complexes, plus éclatées.

1.2 Immersion au sein des MR/S

Nous avons, depuis 2010, voulu saisir les points de vue des directions et du personnel des MR/S quant au sens qu'ils donnent à leur métier, aux difficultés auxquelles ils font face, ainsi qu'à la manière dont ils traitent les questions éthiques et déontologiques qu'ils rencontrent. Dans la continuité de cette expérience et à la lumière des rapports cités ci-dessus, nous avons ciblé, en particulier, dans ce document, les directions des MR/S. Le but n'est pas de comparer leurs pratiques mais de multiplier les situations et les expériences afin de mettre en évidence les éléments relativement stables des impacts des mesures et du confinement sur les droits fondamentaux. La volonté d'Unia est de produire une compréhension du phénomène Covid-19 eu égard aux vécus des professionnels, aux transformations que subit le secteur, ainsi qu'aux dimensions structurelles renvoyant à la place que réserve notre société à la personne âgée et à celle du résident des MR/S en particulier.

Cette démarche nous a permis de continuer à approcher les interventions des professionnels sous le prisme du *care* et de comprendre, autrement, ce qui se joue dans l'intervention, lors du premier confinement, des travailleurs des MR/S.

1.3 Cadrage conceptuel

La mobilisation du concept du *care*, « Le *care* est d'abord l'attention à la vie humaine et à ce qui fait sa continuité ordinaire. Une attitude attentionnée – celle d'un parent pour un enfant, d'un infirmier envers un patient – n'implique pas nécessairement des tâches matérielles, mais mobilise toujours un travail psychique de réflexion et d'anticipation combiné avec un travail de mise en latence de sa propre inquiétude, sa propre agressivité, irritation ou ambivalence. » (Molinier, 2013, 76), nous a permis d'appréhender les pratiques des travailleurs au-delà ou parallèlement à la réalisation des tâches. Il s'agit en effet de prendre aussi en considération quatre étapes : le fait de « se soucier de » (*caring about*,) qui

⁵ European Network of national Human Rights Institutions (2016), [Monitoring Report on The Human Rights Situation of Older Persons in belgian Residential Care Settings](#), Bruxelles: Unia.

implique la reconnaissance d'un besoin et la nécessité d'y apporter une réponse ; de « se charger de » (*taking care of*) en amont de l'acte technique de soin ; de « prendre soin » (*care giving*), ce qui induit l'apport d'un soutien matériel et relationnel, et par voie de conséquence, un contact direct entre le donneur et le receveur de soin et enfin, de « recevoir le soin » (*care receiving*), qui concerne plutôt la "réaction" de l'intéressé. Cette étape est très importante car elle permet un feedback sur la réponse apportée et, par conséquent, de savoir si le besoin a été satisfait ou non (Tronto, 2009, 147-149). Le *care* ne se limite donc pas aux actions de type technique ou clinique, il comporte également une dimension relationnelle fondamentale. C'est donc aussi une attitude vis-à-vis de l'autre.

Ce cadre théorique consolidé par les échanges continus avec les directions et le personnel des MR/S, nous conforte dans l'idée que la réalisation du travail en MR/S sollicite fortement un engagement humain physique et psychique. Il nous semble ainsi important pour l'objet que nous traitons dans ce document d'éviter l'écueil d'une réduction du travail du personnel des MR/S au plan uniquement technique comme indiqué ci-dessus. En effet, on risque de formuler des hypothèses qui adhèrent d'emblée à l'idée selon laquelle une réalité complexe serait explicable suivant quelques causes évidentes, liées à une défaillance supposée technique du personnel.

Dans un contexte de grande tension, il s'agit de prendre acte qu'un ensemble de facteurs s'imbriquant mutuellement entre eux produisent une certaine réalité sociale et des pratiques transformées par l'émergence de nouvelles mesures et procédures.

1.4 Approche interdisciplinaire

Nous avons fait le choix d'aborder la problématique complexe de notre enquête de manière interdisciplinaire. Deux approches, sociologique et juridique, sont valorisées. Notre volonté est de décroiser les savoirs : nous avons privilégié, dans une logique complémentaire, l'approche de la dimension juridique des droits humains des résidents des MR/S à partir, du point de vue sociologique, des expériences individuelles et collectives des travailleurs des MR/S et des savoirs issus des intervenants institutionnels et associatifs. Dans cette perspective, il s'agit d'éviter de réduire la qualification des faits et l'encadrement analytique de ce phénomène au seul instrument juridique. Ce postulat, qui répond à une logique compréhensive (Charmillot et Seferdjeli, 2002, 187-188), suit un mouvement de va-et-vient entre les enquêtés et les enquêteurs (voir le point 4 méthodologie). Ce qui exige de ces derniers d'opérer un réel mouvement entre les matériaux empiriques collectés et la dimension théorique et analytique. Le travail d'analyse consiste à relater les propos recueillis et leur sens en reconnaissant la valeur unique des savoirs et des pratiques de chaque acteur participant à l'enquête. L'interdisciplinarité et l'ensemble des savoirs des répondants à notre enquête sont autant d'instruments utiles mobilisés pour mieux appréhender un fait social total.

2 Mise en contexte

2.1 Cadre institutionnel

Depuis la 6^{ème} réforme de l'État en janvier 2019, ce sont les entités fédérées qui sont compétentes pour les matières relevant des soins aux personnes âgées dans les maisons de repos.⁶ Les entités fédérées sont ainsi compétentes pour l'agrément et la surveillance des établissements ainsi que pour le financement et la régulation des prix (auparavant c'était de la compétence du fédéral)⁷. De cette réforme, des structures régionales (trois Organismes d'Intérêt Public) ont été créées pour exercer les compétences transférées. Nous les avons toutes interrogées.

En Wallonie, il s'agit de l'Agence pour une vie de qualité (AViQ).⁸

En Flandre, c'est la Communauté flamande qui est compétente et qui exerce ses compétences via l'Agentschap Zorg en Gezondheid.

Pour Bruxelles, c'est l'agence IRISCARE qui est en charge de la politique des aînés. Trois organismes sont compétents pour toutes les structures d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées :

- **La Cocom** : La Commission communautaire commune. Cette institution bruxelloise compétente dans certaines matières sociales et de santé est dotée d'un pouvoir législatif envers les institutions dites bicommunautaires, à savoir qui ne relèvent pas exclusivement de la Communauté française ou de la Communauté flamande.
- **La COCOF** : La Commission communautaire française. Cette institution bruxelloise compétente dans certaines matières sociales et de santé est dotée d'un pouvoir législatif envers les institutions relevant exclusivement de la Communauté française.
- **La VGC** : La Vlaamse Gemeenschapscommissie ou Commission communautaire flamande est l'institution bruxelloise compétente dans certaines matières sociales et de santé pour les institutions relevant exclusivement de la Communauté flamande. La VGC est dotée du pouvoir législatif envers ces institutions.
 - Concernant **la Communauté germanophone**, celle-ci gère la politique des aînés et a sa propre administration : Ostbelgienlive.

⁶ Art. 5 § 1, l., 3^o Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980. La politique en matière de personnes âgées est une compétence communautaire, mais en Communauté française, l'exercice de ces compétences a été confié à la Région wallonne.

⁷ Concernant les matières relative aux droits des patients, au droit du travail, aux pandémies, à la prévention en cas de pandémie, financement des hôpitaux, celles-ci restent de la compétence du fédéral.

⁸ La partie germanophone du pays fait partie de la Wallonie.

Au-delà de ses structures propres à chaque entité, des accords de coopération ont été conclus entre les différentes Régions et Communautés afin de permettre à toute personne de pouvoir bénéficier de soins dans une autre région que celle où elle réside. Ainsi nous n'aborderons pas dans ce rapport les aspects relatifs au financement du secteur mais nous porterons une attention particulière sur le rôle et l'exercice des compétences de chacune des régions en matière de respect des libertés et droits fondamentaux des personnes âgées.

En Belgique, toutes les maisons de repos doivent donc répondre à un certain nombre de dispositions réglementaires : elles doivent être agréées par les communautés et régions (Bruxelles, Wallonie et Flandre). Elles sont en partie financées pour les soins et l'aide à l'autonomie par l'INAMI (compétence fédérale) et elles possèdent un règlement d'ordre intérieur et une convention d'hébergement.

2.2 MRPA/MRS

Il existe actuellement 814 maisons de repos (MR) ou maisons de repos et de soins (MR/S) en Région flamande, 581 en Région wallonne (y compris les 8 MR/MR/S germanophones), et 147 dans la Région de Bruxelles-capitale. La collecte de données Covid-19 dans les MR/S, à l'aide de différents outils électroniques, a débuté le 18 mars 2020 dans les MR/S flamandes, le 20 mars 2020 dans les MR/S wallonnes et le 26 mars 2020 dans les MR/S bruxelloises et germanophones⁹.

Wallonie et Bruxelles

En règle générale, une maison de repos¹⁰ est un terme générique qui regroupe les « maisons de repos pour personnes âgées » (MRPA) et les « maisons de repos et de soins » (MR/S), qui peuvent être publiques ou privées. La différence entre les deux types réside principalement dans le profil des personnes à accompagner :

- Les MRPA sont des établissements de séjour collectif destinés à l'hébergement des personnes de soixante ans au moins : elles y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, si nécessaire, de soins infirmiers ou paramédicaux¹¹.
- Les MR/S sont principalement des établissements destinés aux personnes âgées dont l'autonomie est réduite, nécessitant des soins, et/ou qui sont atteintes d'une maladie de longue durée. Les personnes accueillies sont tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Comparées aux maisons de repos pour les personnes âgées, les maisons de repos et de soins ont un caractère hospitalier nettement plus accentué¹².

⁹ Sciensano (2020), [Surveillance en maisons de repos et maisons de repos et de soins](#), rapport de la semaine 40, données jusqu'au 29 septembre 2020.

¹⁰ <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-20181231.aspx>

¹¹ Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, art. 334, 2°, a).

¹² Département des Aînés et de la Famille, Direction des Aînés, réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie, 05 janvier 2015.

Flandre

Un “woonzorgcentrum” (WZC) est destiné aux personnes de plus de 65 ans qui ne peuvent plus vivre chez elles. Un WZC qui accueille aussi des personnes âgées très dépendantes qui ont besoin de soins plus intensifs est appelé un “Rust- en verzorgingstehuis” (RVT). La plupart des WZC sont reconnus comme RVT.

En Belgique, **trois types d’opérateurs** se partagent le marché des MR/S :

- publics (les CPAS, les intercommunales) ;
- associatifs (sans but lucratif : les asbl et les congrégations religieuses) ;
- privés (avec but commercial).

Dans les chapitres qui suivent, nous utiliserons pour plus de facilité le terme générique MR/S pour désigner les MRPA/MRS.

2.3 Résidents

Les profils des résidents sont issus d’une typologie administrative qui fait référence à une échelle, Katz¹³, de dépendance sur la base de laquelle l’octroi d’une allocation est attribué par l’INAMI aux MR/S. Cette échelle évalue la capacité des résidents en fonction de six domaines : se laver, s’habiller, transfert et déplacement, aller à la toilette, la continence, manger. Elle classe, principalement, les résidents en cinq catégories allant d’une dépendance légère (O, A) qui sont représentés en MRPA, à une dépendance lourde (B, C), que l’on retrouve tant en MRPA ou MRS, en passant par des personnes atteintes de démence (D) résidant uniquement en MRPA.

Classement en cinq catégories :

- O : pratiquement pas besoin de soins/d’assistance, autonome
- A : soins légers - besoin d’assistance limité
- B : dépendant des soins - besoin élevé de l’assistance de tiers
- C : lourdement dépendant des soins, entièrement dépendant de tiers, elle comprend également les résidents comateux (type Cc) qui sont exclusivement accueillis en MR/S et les résidents entièrement dépendants de tiers et souffrant de désorientation (type Cd)
- D est également défini pour les seniors souffrant de démence (indépendamment de toute invalidité physique)

Au cours de la première vague de l’épidémie (de mars au 21 juin 2020), 63,3 % de tous les décès associés au Covid-19 ont concerné des résidents de MR/MRS (6072 décès). À partir du 22 juin 2020, les résidents de MR/S représentaient 38,7 % du nombre total de décès Covid-19 en Belgique. Entre le 19 et le 25 octobre

¹³ INAMI [Echelle d’évaluation \(Katz\) - INAMI \(fgov.be\)](https://www.fgov.be/fr/inami/evaluation/katz)

(début de nos entretiens), 123 résidents de MR/S sont décédés en MR/S (53 en Flandre, 58 en Wallonie, 12 à Bruxelles et 0 en communauté germanophone) et 60 autres résidents sont décédés à l'hôpital (18 en Flandre, 31 en Wallonie, 9 à Bruxelles et 2 en Communauté germanophone)¹⁴.

3 Le Covid-19 et ses implications au sein des MR/S

Dès le début de la pandémie du Covid-19 et tout au long des mois qui ont suivi, la situation alarmante dans plusieurs maisons de repos et de soins (MR/S) a été vivement dénoncée. Elle a suscité de vives critiques, principalement liées à la désorganisation, à la dégradation et à la déshumanisation des soins. Un confinement strict étant imposé aux résidents, ces lieux qui sont considérés aussi comme des « lieux de vie » se sont soudainement transformés de fait en « lieux de soins ». Certains résidents ont pu se sentir pris au piège dans des établissements dont ils n'avaient plus le droit de sortir, même de façon temporaire, alors que le risque d'être infecté y était maximal et leurs proches interdits de visites. Les résidents, les professionnels des MR/S, les familles, les bénévoles ont été particulièrement éprouvés par la brutalité de cette crise.



¹⁴ Sciensano (2020), [Surveiller en maisons de repos et maisons de repos et de soins](#), Rapport de la semaine 44, données du 22 juin au 27 octobre 2020 inclus.

D'après des répondants à notre enquête, le secteur des MR/S a jusqu'aujourd'hui été conditionné par une culture dominante de la « maîtrise du risque », qui se traduit par des réflexes liés à la prudence et la sécurité. Cette approche renforcée lors de la pandémie a tendance à favoriser le repli sur soi et la recherche de sécurité. Elle a conduit les acteurs à s'interroger sur leur cadre de référence et leur relation à l'extérieur. Ainsi est-il ressorti des échanges avec les professionnels, le besoin de passer d'un modèle de « service à la personne » à un modèle « au service de la personne », en s'ouvrant davantage vers l'extérieur et en développant des partenariats.

L'épidémie met en lumière certaines limites du modèle organisationnel actuel des MR/S, en même temps qu'elle révèle les solidarités et les capacités de mobilisation et de réactivité dont ses acteurs (professionnels, bénévoles, résidents, familles...) ont su faire preuve. En effet, face à la pénurie de matériel et l'absence de consignes claires, la « débrouille raisonnée » au sein des MR/S a parfois permis d'éviter le pire. L'épidémie de Covid-19, du fait de son « originalité » et de sa gravité, a induit une transformation rapide et complète de l'ensemble des activités des MR/S.

Les conséquences de la pandémie ébranlent les fondements de notre société en termes de restrictions des droits humains (ex. le droit de circuler). On a vu en même temps des professionnels, des résidents de MR/S, leurs familles, les bénévoles, etc. faire preuve durant le confinement de résilience et de créativité. Ils ont pu construire des liens de solidarité et réinventer des pratiques professionnelles pour sauver des vies et améliorer le quotidien des résidents. L'urgence sanitaire a également permis de révéler certains blocages institutionnels, d'innover au niveau organisationnel, de mettre en place de nouvelles collaborations qui rompent, par endroits, avec la fragmentation habituelle du système de soins dans sa globalité. La pandémie nous offre l'opportunité de construire un processus pour une « nouvelle normalité ».

La crise sanitaire n'a fait que raviver l'enjeu du respect des droits fondamentaux des personnes âgées. Les résidents des MR/S s'y retrouvent, la plupart du temps, parce qu'ils ont une certaine fragilité, un état de santé physique et/ou psychique affaibli. Leur vulnérabilité face au Covid-19 s'amplifie avec le fait de vivre dans un espace collectif, ce qui favorise la propagation du virus. Face au Covid-19, les résidents sont exposés à une « double peine » : risque accru de contagion (et gravité des symptômes), d'une part, et conditions de confinement particulièrement dures, d'autre part (isolement, restriction des visites, suppression des moments collectifs...). La situation a suscité de plus en plus de voix en faveur d'une meilleure protection des droits des personnes âgées dans les MR/S, mais aussi dans la société plus large. Dans la presse, plusieurs appels ont été lancés pour lutter efficacement contre l'âgisme.¹⁵ En Flandre, une initiative a même été lancée en faveur de la nomination d'un commissaire aux droits des personnes âgées.¹⁶

¹⁵ Baert, V. et Duppen, D. (2020), '[Ageism: « Ouderen zijn slachtoffer van discriminatie, stereotypen en vooroordelen »](#)', sociaal.net, 25 mai 2020 ; Berdai, S. (2020), '[Voorbij het applaus: durven we na corona kiezen voor een echte zorgende samenleving?](#)', Knack, 4 juin 2020 ; Magazine Plus (2020), '[Des preuves d'âgisme flagrantes durant la crise du coronavirus](#)', 15 septembre 2020 ; Vande Meerssche, F. (2020), '[L'âgisme et le mouton](#)', rtbf.be, 12 décembre 2020 ; Arnoudt, R. (2020), « [Iemand van 96 vaccineren weggegooid geld? "Zo'n uitspraak is een beschaving onwaardig"](#) », vrt NWS, 28 décembre 2020.

¹⁶ Parlement flamand, Proposition de résolution de Ludwig Vandenhove, Hannes Anaf et Conner Rousseau sur la création d'un commissariat aux droits des personnes âgées, 541 (2020-2021), déposée le 16 novembre 2020.

4 Méthodologie

Pour la collecte de l'information dans le milieu des MR/S, nous avons adopté une démarche qualitative. Ce choix était orienté par l'objectif de mieux connaître les expériences et les pratiques dans le secteur des MR/S dans le contexte spécifique du Covid-19. Elle permet de mieux rendre compte de la manière dont les participants à l'enquête perçoivent, vivent, donnent du sens, commentent leurs expériences en lien avec leur environnement.

Cette enquête repose sur le recueil de quatre-vingts témoignages (voir liste en annexe). Pour construire l'échantillon, nous avons commencé par interroger un groupe de participants partenaires d'Unia qui œuvrent dans le secteur des MR/S. Nous avons demandé à chaque membre de ce groupe de nous indiquer, sur la base de son domaine d'intervention, d'autres personnes de son réseau professionnel. À partir de ces nouveaux contacts, nous avons élargi le groupe initial. Nous avons procédé de la même manière pour chaque nouveau groupe. Cette méthode, qualifiée de « boule de neige », a avant tout pour but de collecter les données auprès des acteurs plus difficiles à joindre dans un contexte de crise, et d'augmenter en un minimum de temps la taille de notre échantillon.

Notre objectif était de constituer un panel de répondants représentatif de la diversité des expériences dans différentes régions, une variété de profils en termes de localisation territoriale (milieu rural, urbain), de statuts des MR/S et des organisations qui défendent leurs intérêts, d'engagement dans la lutte pour les droits des résidents des MR/S, d'implications dans l'élaboration de mesures pour lutter contre le Covid-19 (en particulier lors du premier confinement). Nous avons, en effet, eu la possibilité de nous entretenir avec des professionnels des Organisations d'intérêt public (OIP) qui ont eu pour mission, entre autres, d'élaborer ces mesures. Ainsi était-il important pour nous de comprendre les processus et les contextes complexes dans lesquels se construisent les mesures. La prise en considération de cette complexité nous a renvoyés vers la situation d'urgence à laquelle les professionnels interrogés devaient faire face. Cela nous a permis de situer autrement la « responsabilité » individuelle/professionnelle des répondants. Ces derniers nous ont en effet livré des expériences autodéclarées de lutte contre la pandémie et pour les droits fondamentaux des résidents. Ils n'ont pas seulement émis des opinions sur ces droits, mais ils ont souvent présenté des récits articulés, à la première personne, décrivant en détail leur expérience vécue (ou d'observation) du Covid-19 et de ses impacts sur les acteurs qui sont en lien avec l'institution dans laquelle ils œuvrent. Cette méthode s'inscrit dans une approche compréhensive où le témoignage est un moyen de capter la façon dont les individus relient leurs pratiques professionnelles quotidiennes lors du premier confinement, aux mesures qui se sont imposées à eux et aux autres acteurs qui font partie de leur environnement professionnel (résidents, travailleurs, familles, intervenants extérieurs).

À l'image de toute démarche compréhensive en sciences sociales, nous avons adopté une posture empathique à l'égard des répondants, tout particulièrement quand ils soulevaient la question des impacts des mesures sur les résidents et leurs familles, sur eux-mêmes et sur leurs collègues. Ce type d'approche était crucial, du fait que les expériences de lutte contre le Covid-19 au sein des MR/S sont douloureuses à raconter et que, dans la dynamique de l'entretien, nous ne pouvions pas rester insensibles à l'expression d'expériences parfois intimes, traumatiques. Il s'agissait également de désamorcer une certaine forme d'autocensure des témoins, qui pouvait être induite par la situation d'urgence et « le caractère inédit » de la pandémie, face à un discours ambiant qui stigmatise fortement l'ensemble des MR/S. L'enjeu était d'amener les répondants à aborder ouvertement les questions des droits fondamentaux des résidents.

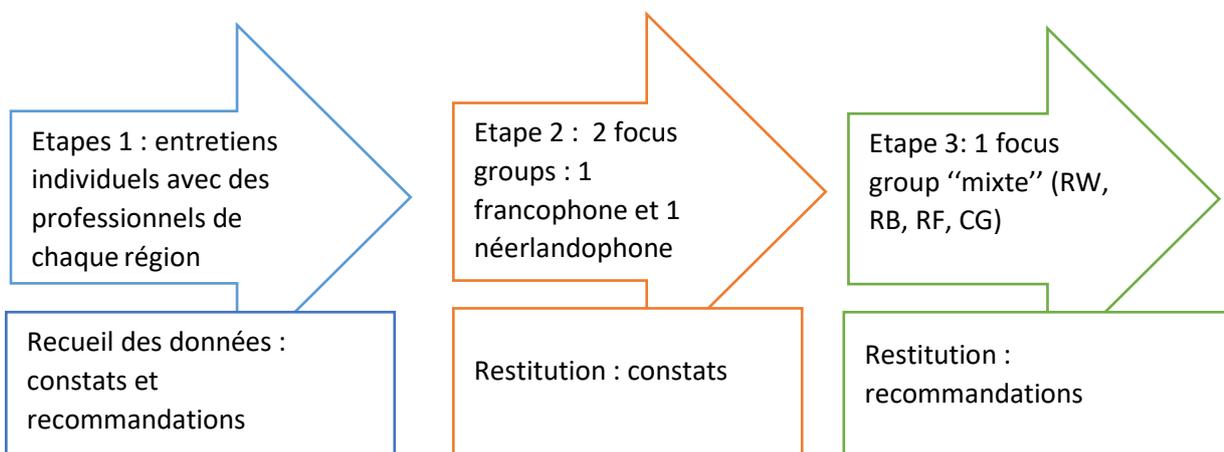
L'évocation des conditions de confinement des résidents était parfois inconfortable pour les répondants, suscitant en eux des émotions, des silences, des hésitations. Certains répondants désiraient démontrer la réalité des positionnements et des pratiques lors du confinement, s'expliquer, parfois se justifier. Il était important pour certains enquêtés de rendre visibles les pratiques de lutte pour les droits des résidents, à grand renfort de preuves ou d'exemples. Mais il était aussi question pour certains participants de défendre un groupe stigmatisé (les directeurs et le personnel des MR/S). L'entretien devenait alors, pour nous, une occasion de comprendre les stéréotypes et les préjugés vis-à-vis des structures et de leurs résidents (âgisme, vulnérabilité...).

Cette enquête propose d'étudier un phénomène « unique » complexe dans son environnement naturel. Elle vise à décrire, à analyser et à comprendre l'expérience vécue et les pratiques des professionnels confrontés au confinement, à l'application des mesures décidées par les autorités, aux situations de fin de vie et de décès, survenues en MR/S lors de la première vague de l'épidémie Covid-19 en Belgique. Le vécu des résidents et leurs familles sera appréhendé à travers les témoignages des professionnels internes et externes aux MR/S.

L'approche préconisée pour l'enquête qualitative que nous avons mise en œuvre repose principalement sur de multiples entretiens et des analyses de documents émanant de diverses sources (Iriscare, AViQ, Association des directeurs de MR/S Wallonie, Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens, Agentschap Zorg en gezondheid...). La durée de chaque entretien est en moyenne de 2h. Un critère de rigueur de cette méthodologie est la restitution des résultats aux participants pour avoir leur avis et adapter si nécessaire ces résultats. En effet, un travail de validation des résultats des entretiens avec les participants (Région flamande, Région wallonne, Communauté germanophone et Région de Bruxelles-Capitale) s'est poursuivi tout au long de l'enquête, entre octobre 2020 et février 2021, en trois étapes.

4.1 Trois étapes

Ce modèle de compréhension est construit progressivement, en trois étapes



Etape 1 : entretiens individuels avec des professionnels du secteur de chaque région. Ces entretiens s'articulent principalement autour de constats relatifs aux droits fondamentaux, effectués par divers acteurs (Amnesty, MSF...), dont Unia, lors de la première vague, ainsi qu'autour de recommandations axées principalement sur la protection des droits des résidents.

Etape 2 : restitution, en *focus group*, des différents constats auprès de l'ensemble des participants à l'étape 1.

Etape 3 : restitution, en *focus group* « mixte », des recommandations, auprès de l'ensemble des participants aux étapes 1 et 2.

Les étapes de restitution de résultats sont un aspect important à prendre en compte, en particulier dans un contexte d'urgence et de bouleversement rapide des règles. La restitution constitue un espace déterminant pour la circulation de la connaissance et des savoirs. Les savoirs multiples dialoguent et se confrontent aux connaissances et aux expériences vécues des acteurs de terrain. Elle contribue, ainsi, à la production de connaissances objectivées.

Nous avons envoyé à l'ensemble des participants, suite à la restitution du 24 février (étape 2), les documents reprenant les constats (étape 1) et les recommandations (étape 2), afin qu'ils puissent également réagir par email du 24 février au 2 mars 2021.

4.2 Nombre et choix des participants

Quatre-vingts personnes ont participé aux entretiens réalisés en visioconférence après la fin du premier confinement, entre septembre et février 2021. La représentativité au sens statistique du terme n'est pas l'objet de ce rapport. Une analyse qualitative est représentative lorsqu'on arrive à saturation (Kaufmann, 2006), et qu'on estime avoir saisi comment des éléments complexes s'emboîtent et fonctionnent ensemble. En effet, il y a saturation lorsque les nouvelles observations, idées, expériences se répètent, ne sont plus en mouvement et n'apportent plus rien à l'analyse. L'essentiel, en ce qui nous concerne, quel que soit le nombre de participants par région, était de rendre possibles des échanges avec et entre des acteurs qui ont, par essence, des potentialités, des pratiques, des cadres institutionnels et réglementaires très divers. Ces échanges ont, de ce fait, permis de produire de nouvelles connaissances.

La sélection des acteurs invités à participer à l'enquête était motivée par le fait qu'ils :

- impactent d'une manière ou d'une autre les droits fondamentaux des résidents des MR/S ;
- jouent un rôle, direct ou indirect, déterminant dans la construction des règles et des procédures et dans leur application ;
- occupent une position stratégique qui les amène à agir à l'interface entre le général (les objectifs assignés à l'institution) et le particulier (les spécificités et les contraintes de leur structure) ;
- donnent des directions et proposent des actions.

Des considérations pratiques sont également intervenues. Ainsi, en raison de la pandémie de Covid-19, il n'a pas été possible d'interroger les résidents de MR/S eux-mêmes. Ceci a été compensé autant que possible par une concertation avec des organisations représentatives des intérêts des personnes âgées et

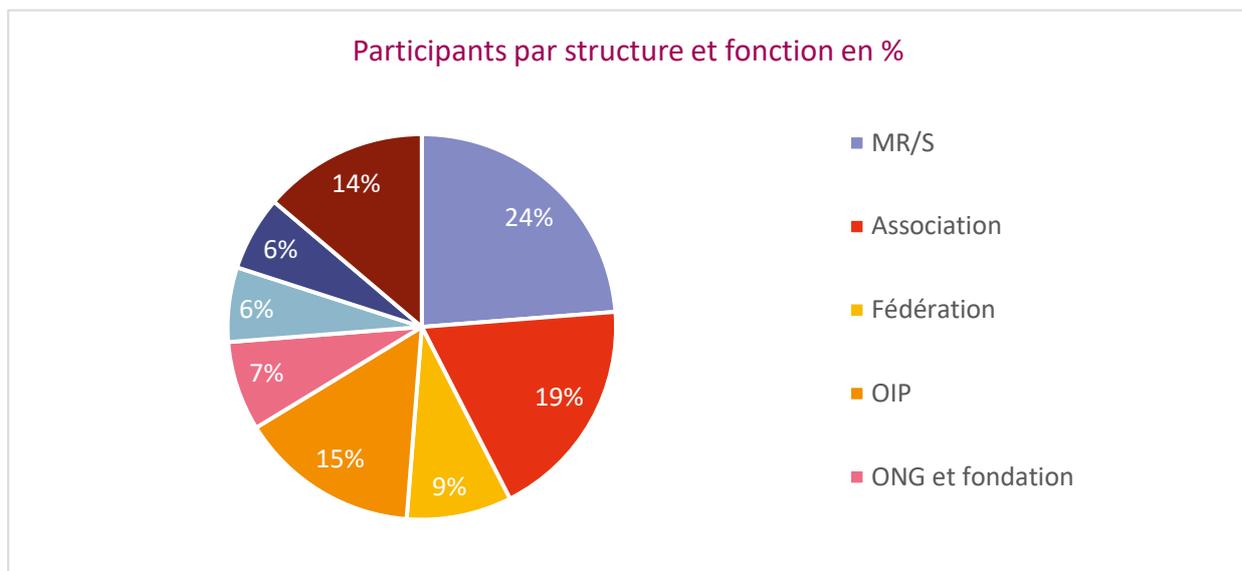
par la consultation de témoignages de seniors dans des rapports existants.¹⁷ Pour avoir une meilleure perception des complexités du terrain et de la réglementation, nous nous sommes aussi concertés avec des instances publiques, des chercheurs et des experts.

Nous avons, dans les chiffres qui suivent :

- pris en considération le nombre de personnes participant aux entretiens plutôt que le nombre d'organisations dont elles sont issues ;
- tenu compte du nombre de participants par organisation dans le total ;
- comptabilisé une seule fois, dans le total, les participants qui exercent deux fonctions complémentaires (par exemple directeur d'une MR/S et représentant des directeurs des MR/S).

4.2.1.1 Tableau 1 : Participants par catégorie de structure et fonction en nombre absolu

| Structure par catégorie et fonction | Nombre de participants |
|---|------------------------|
| MR/S et Groupe MR/S | 19 |
| Association | 15 |
| Fédération | 7 |
| OIP | 12 |
| ONG et fondation | 6 |
| Association directeurs/MR/S | 5 |
| CPAS et intercommunale CPAS et administration communale | 5 |
| Experts | 11 |
| Total | 80 |



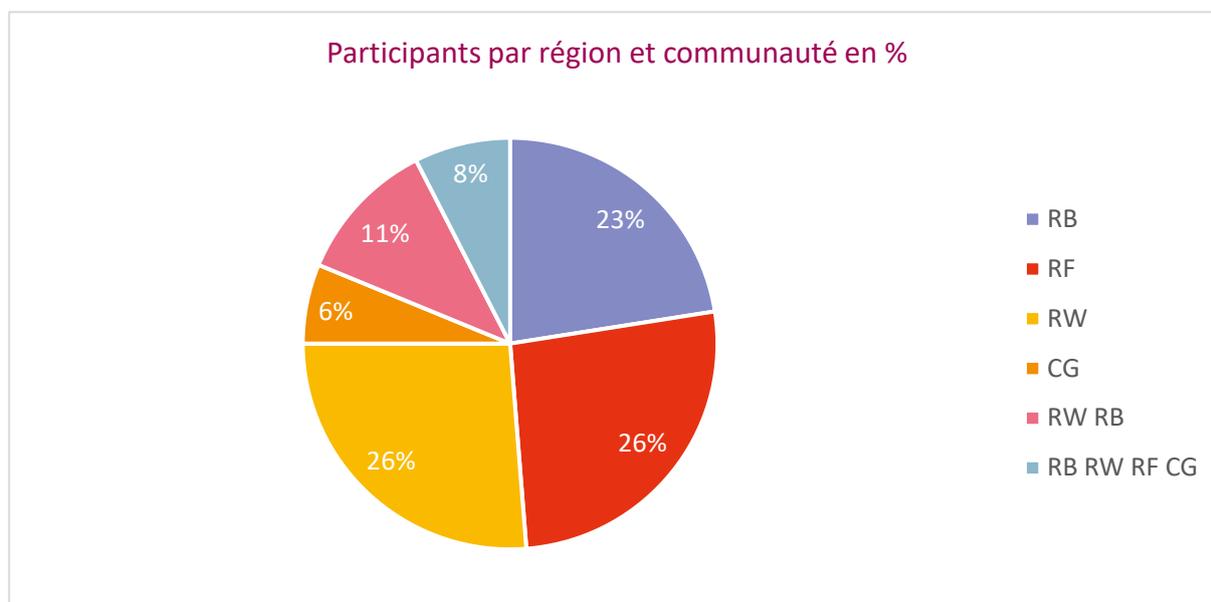
¹⁷ Voir entre autres Vlaamse Ombudsdienst (2020), Stemmen uit de stilte: [Getuigenissenboek residentiële ouderenzorg](#); Médecins Sans Frontières (2020), Les laissés pour compte de la réponse au Covid 19: [Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières](#); Amnesty International Belgique (2020), Les maisons de repos dans l'angle mort : [Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 en Belgique](#).

Une grande diversité de métiers, de statuts des organisations et de localisation géographique (urbaine, rurale) est représentée dans l'enquête. 24 % des participants travaillent dans des MR/S. Les autres sont majoritairement issus d'associations (19 %) qui œuvrent dans le champ des personnes résidentes dans les MR/S, de la défense des droits et de l'accompagnement de la personne âgée en général (voir la liste en annexe pour plus de détails sur chaque catégorie de structure).

Dans la catégorie « experts », nous avons intégré des professionnels issus d'organisations qui ont développé des actions et publié des rapports d'études à la suite d'un travail avec les MR/S lors de la première vague, ainsi qu'une organisation qui appuie et accompagne les MR/S pour la mise en place du « modèle Tubbe¹⁸ » (Fondation Roi Baudouin), et également des chercheurs, professeurs, gérontologues et gériatres.

4.2.1.2 Tableau 2 : Nombre de participants par région/communauté en nombre absolu

| Nombre de participant par région/communauté | Nombre |
|--|-----------|
| Région de Bruxelles-Capitale (RB) | 18 |
| Région flamande (RF) | 21 |
| Région wallonne (RW) | 21 |
| Communauté germanophone (CG) | 5 |
| Région wallonne et Région Bruxelles-Capitale (RW RB) | 9 |
| Région wallonne, Région Bruxelles-Capitale, Région flamande, Communauté germanophone (RW RB RF CG) | 6 |
| Total | 80 |



¹⁸ Heylen L., Meuris C., Knaeps J., Baldewijns K., Dispa M-F. (2019), Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.

Afin de lier les structures des participants à leur champs territoriaux d'intervention, nous les avons classées en six catégories. D'une part, celles qui interviennent et développent leurs missions à l'échelon d'une seule région (RF, RB, RW) ou une seule communauté (Communauté germanophone), d'autre part celles qui couvrent les territoires de deux régions (RW, RB) ou l'ensemble du territoire national (RW, RB, RF, CG).

Le pourcentage des répondants par structure en RW et RF est identique. La part des participants qui interviennent en RB est de 23 % et de 6 % au niveau de la CG. Les écarts entre les pourcentages peuvent s'expliquer par des facteurs propres à chaque région et communauté : la pyramide des âges, la superficie du territoire, le nombre des MR/S, le paysage associatif, le profil des populations cibles, etc. Ces paramètres influencent d'une manière ou d'une autre le nombre des participants à notre échantillon.

Compte tenu de la richesse des propos tenus par les participants aux entretiens, nous avons souhaité leur accorder une large place dans ce rapport. Dans les chapitres qui suivent, nous citons par conséquent de nombreux extraits de leurs réponses (les « verbatims »). Celles-ci montrent à la fois l'engagement des professionnels, la profondeur de leurs questionnements et la diversité de leurs approches sur le terrain.

Les chapitres qui composent la suite de ce document sont ainsi conçus de la même façon. Nous partons des difficultés vécues dans le contexte du premier confinement, décrites par les professionnels eux-mêmes. À partir de là, nous essayons de pointer les droits fondamentaux en présence et d'explicitier les restrictions qui se sont appliquées sur ces mêmes droits. Et parce que la pandémie a donné aux équipes beaucoup d'idées pour le futur, nous proposons dans ce document des recommandations pour la réflexion et pour l'action.

La suite de ce rapport se compose de cinq grandes parties :

- Expériences et constats des participants
- Droits humains des personnes âgées en MR/S : cadre normatif
- Droits humains des résidents des MR/S : impact du Covid-19
- Conclusions
- Recommandations

Chacune des parties peut être lue indépendamment des autres. Mais lorsqu'on les considère dans leur globalité, on s'aperçoit que les contenus de chaque partie renvoient, au fond, aux principes fondamentaux du soin, de l'accompagnement dans les MR/S et, *in fine*, à la question de l'éthique du *care*. Une éthique qui « revendique une nouvelle manière de penser le lien social... Une éthique qui doit s'inscrire dans une anthropologie de la vulnérabilité : vulnérabilité des soignés mais également vulnérabilité des soignants (au sens relationnel et corporel du soin)... » (Carreau et Le Goff, 2012, 141).

5 Expériences et constats des participants

L'ensemble des participants à nos entretiens attire l'attention sur certaines conditions préalables à l'analyse :

- éviter d'homogénéiser les situations auxquelles sont confrontées les MR/S ;
- prendre en considération les dynamiques et les processus institutionnels, organisationnels, politiques, économiques, financiers et historiques ;
- se distancier des catégorisations des résidents sur base de l'âge, mais davantage raisonner par « états » ou « statut fonctionnel » ;
- être attentif aux enjeux sanitaires, éthiques et humains de l'épidémie Covid-19 ;
- nuancer les propos.

Même si les situations et les expériences vécues, décrites dans la suite, restent parfois spécifiques à chaque MR/S et même si les décisions politiques sont propres à certaines régions, il demeure que l'ensemble de l'analyse autorise une mise en perspective qui, d'une part, confirme les tendances s'exprimant au quotidien dans les MR/S et, d'autre part, prend en compte et dépasse les situations locales examinées.

Pour mieux saisir les pratiques et les situations, nous avons articulé l'analyse autour de trois catégories d'acteurs qui ont subi lourdement le confinement : les résidents, les familles, et le personnel (y compris la direction).

5.1 Résidents

L'attention de l'opinion publique a fort été alertée quant à l'impact de la pandémie du Covid-19 sur les résidents des MR/S. Les mesures prises pour y faire face ont en effet transformé des lieux qui se veulent de vie en lieux de **souffrance mentale et physique**, où le respect de la dignité humaine, qui inclut aussi le droit au maintien d'un lien social pour les résidents, a été bafoué. Des participants à nos entretiens rapportent que les mesures contraignantes n'ont pas seulement réduit les libertés reconnues par un État de droit (notamment la liberté de circuler), mais qu'elles ont, pour la majorité des résidents et à des degrés divers, engendré des formes de dépression, du stress psychologique, de la détresse et de l'anxiété. Les enquêtés ont relaté des cas où des effets négatifs des mesures sur la santé mentale ont précipité des résidents dans un état de non-retour. Ces mesures ont cumulé isolement social, affectif et physique avec un risque pour des résidents d'angoisse, d'aggravation de l'état de santé globale, d'agressivité, de déstabilisation émotionnelle. L'impossibilité de saisir les logiques du confinement en chambre et de s'approprier les consignes ont nécessité, pour certains résidents ayant des troubles psycho-comportementaux en particulier, le recours à la contention physique et/ou chimique. L'état qualifié de « **syndrome de glissement** » est ainsi dû non seulement à la fragilité, à la vulnérabilité physique de certains résidents, mais à l'interdiction subie, entre autres, d'interagir socialement... un état qui a mené certains d'entre eux à se laisser mourir dans la solitude et le chagrin.

Des participants ont mis par ailleurs l'accent sur l'immense **résilience de certains résidents**. Ceux-ci se sont adaptés du mieux qu'ils ont pu à un événement qui n'est pas si nouveau, dans sa forme brutale, pour certains d'entre eux. Au vu de leurs histoires et trajectoires spécifiques (ex. guerre, canicule, prison, maladie...), ils sont déterminés à faire face malgré une certaine forme de résignation liée à la durée du confinement.

La **menace** de l'épidémie a été **évaluée** par les participants **selon des critères variables et parfois trompeurs**. Certains participants se sont laissés guider principalement par la peur, la panique de ce qui risquait de se passer, ou par des estimations plus au moins fiables des risques encourus. L'obligation, par exemple, de rester confiné en chambre ne présente pas de nécessité absolue dans la mesure où certaines MR/S disposent de lieux ouverts (cours, jardins...), où il n'existe presque pas de risque de contamination si les règles *ad hoc* de sécurité sont respectées. Il aurait suffi, d'après d'autres participants, d'organiser les espaces en fonction du nombre de personnes qui peuvent les fréquenter et insister sur le maintien de la distanciation entre les personnes. Le même raisonnement pourrait être tenu pour les visites des familles.

Verbatim

« On aurait dû laisser aux résidents le choix de prendre le risque. » (Direction d'une MR/S)

« Les visites étaient limitées à 2 au niveau des résidents des MR/S, alors que les citoyens du même âge peuvent recevoir 4 personnes dans leur domicile privé. » (Direction MR/S)

« La quarantaine a été très difficile pour les résidents. Surtout pour les personnes souffrant de troubles cognitifs. Il y a eu un isolement social. » (Direction d'une MR/S)

5.2 Familles

L'implication des familles dans la vie des résidents de MR/S est essentielle, d'une part parce qu'elle permet à ce dernier de maintenir des liens stimulants, nécessaires à son équilibre physique et psychique et, d'autre part, parce qu'elle incite le personnel soignant à accorder une attention plus individualisée au résident, qui répond davantage à ses besoins personnels. Malgré les relations parfois ambivalentes qu'elles entretiennent avec les MR/S, les familles occupent une place importante au sein de la vie des établissements. Lors du premier confinement, certaines n'ont d'ailleurs pas hésité à interpellier, à se mettre à disposition de la MR/S, à contester les mesures, voire à se comporter de manière agressive ou à déposer plainte auprès du pouvoir organisationnel des MR/S. Considérer le confinement en chambre et l'interdiction des visites du point de vue des familles entraîne le personnel de la MR/S à décentrer son regard sur l'institution.

Les stratégies adoptées par des MR/S dans l'application des mesures lors du premier confinement entraînent forcément des répercussions sur les familles des personnes hébergées. Des familles ont du mal à comprendre qu'il ne leur soit pas possible, pendant la période de confinement, d'avoir un contact régulier avec les soignants, ni d'obtenir quotidiennement des nouvelles de leurs proches. Elles se sentent **privées de moments importants** (les anniversaires, fête de Noël...) qu'elles ont l'habitude de passer avec leurs proches. Pour d'autres familles, les mesures sont **difficiles mais nécessaires**. Il s'agit pour elles de séparer et d'isoler les résidents pour mieux les protéger. Elles soutiennent le choix du personnel malgré les conséquences de la séparation. Elles se mettent aussi à disposition des MR/S pour aider si possible.



Les entretiens avec les professionnels ont permis ainsi de mettre en lumière le champ de l'emprise sociale des MR/S au-delà de leurs propres murs. Loin de ne concerner que les résidents, le confinement s'impose inexorablement à leurs familles qui éprouvent une **souffrance sociale et affective**. Les familles ne cessent d'imaginer la dureté du quotidien pour leur proche, la dégradation de leur état de santé constitue une préoccupation constante, alimentée par la peur d'une mauvaise qualité des soins vu l'absence ou l'insuffisance, entre autres, de matériel de protection. L'inquiétude des familles est renforcée par la crainte de ne pas recevoir d'informations sur les maladies ou les incidents que leurs proches pourraient rencontrer durant le confinement. Ainsi

s'ajoute, à la douleur de la séparation, l'angoisse de savoir son proche dans une institution où les conditions de vie sont pour le moins austères et parfois violentes.

Pour des familles, les MR/S semblent, par la force des choses, **hermétiques et impénétrables**. Cette impression participe de leur souffrance et accroît leurs angoisses. L'impact de la situation sur la vie des proches se lit aussi dans la manière dont elle marque leur temps : c'est d'abord l'attente imposée par la situation d'urgence, un temps propre à l'univers de la MR/S. Des répondants décrivent un présent qui se prolonge pour les familles en l'absence de perspective d'assouplissement de mesures, dont l'échéance leur est inconnue et sur lesquelles ils n'ont aucune prise. Les familles éprouvent alors une forte impuissance face aux procédures. Dans ces circonstances, le présent inquiète, déstabilise ; il devient omniprésent. La vie ne peut dès lors se vivre qu'« au jour le jour », interdisant tout projet. L'incertitude temporelle fige les familles comme les résidents dans l'interminable étendue du présent.

Lorsqu'elles se rendent en visite, les familles sont soumises à un « contrôle », leurs échanges avec leurs proches sont susceptibles d'être écoutés. La surveillance du respect des mesures, ainsi que l'écoute involontaire des conversations à cette occasion, témoignent d'un certain contrôle institutionnel qui prive la famille d'autonomie, d'intimité avec son proche et qui remet en question son bien-être.

Les similarités entre la situation des familles et celle des résidents sont frappantes. Le premier point commun est la **difficulté de supporter l'incertitude du temps**. Familles comme résidents vivent une vraie rupture avec leur quotidien : les habitudes n'ont plus de sens. En même temps que l'épreuve de l'incertitude, certaines familles font l'apprentissage du silence : « on ne les entend pas ». L'évocation du silence émane essentiellement des mesures imposées et cache mal en réalité le sentiment d'abandon qu'elles éprouvent face à de nouvelles règles qui se sont construites sans elles (et sans les résidents) et auxquelles elles doivent se soumettre (aussi bien que les résidents). Familles et résidents sont ainsi pris dans une situation qui leur échappe complètement.

Le deuxième grand point commun avec les résidents est l'expérience de **la stigmatisation**. Les familles sont devenues visibles malgré elles, les conséquences de la pandémie (décès des résidents) les ont contraintes à se manifester, à se positionner par rapport aux MR/S. Le fait que les MR/S sont aujourd'hui souvent perçues comme lieux de mort violente et déshumanisante peut contribuer à jeter le discrédit sur les familles qui y ont (laissé) un proche.

Les familles doivent donc s'accommoder des diverses réglementations et contraintes pesant sur les différents moyens de communication, qui ont pour effet de réduire l'intimité avec le proche résident. Pour autant, les moments passés par Skype, au téléphone, en visite dans des « cabines » protégées sont des moments privilégiés, des instants où les familles rassurent leurs proches. Leur retour en visite au sein de la MR/S donnera de l'espoir au résident.

Verbatim

« Nous, nous avons autorisé les familles d'être présentes lors de la fin de vie. Il faut juste équiper les familles. » (Direction d'une MR/S)

« Nous sommes devenus des mauvais pour des familles. » (Direction d'une MR/S)

« Les familles voient les intérêts individuels, nous, nous suivons les mesures fédérales. (...) Peur des familles de voir les parents décider seuls. » (Direction d'une MR/S)

5.3 Direction et personnel

Il est important de rappeler dans ce chapitre que **les enjeux antérieurs à la crise du Covid-19 subsistent** dans toutes les régions de Belgique : une grande partie du personnel des MR/S souffre des exigences élevées qui vont de pair avec l'accompagnement de résidents présentant de nouvelles pathologies lourdes¹⁹. Le Covid-19 a exacerbé les questions structurelles préexistantes (ex. manque de moyens) qui affectaient déjà les professionnels et le quotidien des résidents avant le début de la crise. Compte tenu de ce contexte structurel préexistant et de la crise sanitaire, l'ensemble des participants ont plaidé pour une prise en charge des personnes âgées plus humaine, davantage attentive aux attentes et aux besoins des résidents. Quelques mois après le premier confinement, qui débuta le 18 mars 2020, les participants à notre enquête qualitative ont mis en avant leur confrontation quotidienne durant le confinement à des questionnements majeurs : Comment protéger résidents et travailleurs ? Comment faire face à la mort avec peu ou pas de moyens ? Comment pallier le manque de matériel de protection ? Où se procurer du matériel ? Comment mettre les mesures en place ? Quels sont les choix à faire ? Quels arbitrages réaliser ? En fonction de quelles valeurs et de quels critères ?

¹⁹ Selon les rapports les plus récents de l'Inspection des soins, sur les 814 maisons de repos contrôlées, 176 se situaient en deçà de la norme légale de personnel. Voir à ce sujet : <https://www.beswic.be/fr/blog/charge-de-travail-elevee-dans-les-maisons-de-repos> ; Voir également l'étude de Solidaritas : Maisons de repos : A quel prix ? mars, 2016 ; Rapport Financier van de residentiële ouderenzorg : het perspectief van de voorzieningen, Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin, 2015

Vu le **manque d'équipements de protection** individuelle et de matériels (respirateurs, lits de réanimation), les directions et le personnel des MR/S se sont sentis démunis pour soigner et se protéger. Ce sentiment d'impuissance intense aggravé par le manque de connaissance du virus a déclenché chez nombre d'entre eux une remise en question de leur utilité en tant que soignant.

La situation dans laquelle œuvraient les directions et le personnel était particulièrement anxiogène. Ils ont dû faire face à une **masse d'information et de consignes en évolution** constante, qui exigeait d'eux une disponibilité permanente et une capacité à rebondir très vite. Les prises de décision rapides et contraignantes ont engendré un épuisement cognitif et émotionnel. Ils évoluaient dans un contexte nouveau sur le plan technique et matériel et devaient assimiler, face à des cas cliniques très graves, des informations diverses et acquérir de nouvelles connaissances techniques en un temps réduit. Cette pression participait à une **altération de leur sentiment de maîtrise et de sécurité**. La communication entre collègues, le positionnement des directions, les relations avec les familles, l'information véhiculée dans les médias étaient aussi des variables importantes, parfois protectrices, mais souvent anxiogènes.

La pandémie a provoqué une **réorganisation en urgence** de l'offre de soins mobilisant les directions et le personnel des MR/S dans un climat d'incertitude. Ils ont fait face à de nombreuses difficultés, comme l'épuisement physique, la réorganisation des logiques et des espaces de travail, la gestion de la pénurie du matériel, le nombre élevé de décès parmi les résidents, des interrogations éthiques relatives à la prise de décision, etc. D'autres facteurs les mettaient également sous tension : la peur de contaminer les proches, les résidents, les collègues, l'absence ou l'insuffisance de soutien psychologique, l'isolement social généré par l'évitement des relations qui leur avait été demandé, la stigmatisation des travailleurs des MR/S comme vecteurs potentiels de l'infection virale, la confrontation à de nouvelles tâches avec le risque d'être dépassés, les connaissances lacunaires de la maladie, la rapidité de contamination, les décès répétés qui affectaient les soignants. Tous ces facteurs ont aggravé les risques de troubles psychologiques. A ces dilemmes s'ajoutait un désagrément éthique, qui bouleversait la conscience professionnelle et engendrait parfois la perception d'un trop grand écart entre ce que l'accompagnement devait être et ce qu'il était en réalité.

La crise sanitaire fait en effet ressortir avec force **l'éthique des professionnels**, qui se croise avec le respect des droits humains des résidents – des droits d'ordinaire sous-jacents, implicites. Ceux-ci se retrouvent en effet au cœur même de l'éthique des professionnels. L'idée fondamentale, pour des répondants, en est que le confinement ne doit en aucun cas induire une perte de liberté, de citoyenneté, de droit. Dans la logique des professionnels, les droits des résidents doivent, en principe, être préservés quelle que soit leur situation de vie et en toute circonstance. La majorité des directions de MR/S ont déploré, lors de nos échanges, la **façon négative dont les médias ont couvert la crise** au sein de leurs institutions. Les reportages sur les chaînes de TV ainsi que la presse écrite se sont enchaînés au quotidien et ont relayé une actualité dramatique mettant à mal la réputation de l'ensemble des maisons de repos. Sans méconnaître l'ampleur de la mortalité qui a touché le secteur pendant cette période, les gestionnaires regrettent l'absence d'objectivité et le parti pris. Selon leurs témoignages, des réalités ont été occultées. Des MR/S tentent par exemple tant bien que mal de s'éloigner du modèle hospitalier (exclusivement centré sur les soins), pour évoluer vers de nouveaux modèles plus « émancipateurs » (Tubbe, Montessori). Ces derniers tentent en effet de privilégier le relationnel et l'autonomie des personnes âgées.

Face à ces réalités éprouvantes, deux postures émergent et se combinent chez les répondants : d'une part, l'autoculpabilisation (se reprocher ses choix, ses actions, son incapacité de soigner, son manque d'éthique), et d'autre part, le renvoi vers des responsabilités (voire des culpabilités) externes (gestion des hôpitaux, mesures des gouvernements, insuffisance de moyens mis à disposition...). Elles sont sources

potentielles d'une **grande souffrance émotionnelle et d'un renforcement des vulnérabilités**. Ces postures renvoient, globalement, à une contradiction qui relève de deux niveaux. Au niveau de la pratique professionnelle, la dimension sociale, humaine de l'accompagnement et le sentiment de responsabilité professionnelle, couplés avec la volonté de mettre en œuvre un projet personnalisé coconstruit avec le résident, semblent très importants pour des travailleurs des MR/S. Au niveau de la société, le manque de reconnaissance ainsi que la stigmatisation des professionnels et des résidents semblent constituer une source de souffrance.

Une plus grande valorisation de ces métiers et des statuts augmenterait la visibilité et le changement des mentalités. Nul doute que l'impact sanitaire, psychologique et social de la crise sur les directions et le personnel des MR/S est un véritable problème. Malgré la capacité d'adaptation des professionnels aux difficultés cumulées, cette crise sanitaire devrait nous aider à mieux comprendre leurs vulnérabilités, afin d'ajuster les stratégies de prévention et de formation aux enjeux psychologiques du personnel et à la gestion des situations de crise sanitaire. Par ailleurs, ces vulnérabilités sont à envisager en lien avec la vulnérabilité des résidents et de leurs familles.

Verbatim

« Nous avons été durement touchés, donc nous avons tout de suite investi dans la sécurité. Les directives des pouvoirs publics ont été un soutien, elles ont justifié des mesures strictes. Parfois, on voudrait faire des exceptions pour certains résidents. Leur permettre par exemple de fêter ensemble Noël dans le couloir. Mais même ça, je ne peux pas le faire. Il est difficile de dire si on fait alors le bon choix. » (Direction d'une RVT)

« Nos valeurs sont touchées. On commence à faire le contraire de ce qu'on fait habituellement, d'ailleurs certains travailleurs ne viennent pas parce que ce qu'on fait actuellement dans le contexte Covid est contraire à leurs valeurs en tant que professionnels. » (Direction d'une MR/S)

« On reçoit les circulaires le soir, on les adopte et après on reçoit d'autres avec des changements. Il y a une lourdeur de certains dispositifs, le plan interne d'urgence est lourd. » (Association des directeurs des MR/S)

« La surcharge et la complexité de la tâche pour le personnel soignant suite à la diminution marquée des visites par les médecins sont lourdes (ex. une infirmière devait prendre les décisions concernant un patient à la place d'un médecin...). » (Médecin ONG)

« On a obligé les MR/S d'être des hôpitaux de la 7^{ème} zone sans leurs donner les moyens. » (fédération des MR/S)

« Évolution des MR/S qui n'a pas pris en compte les besoins de bien-être de la personne âgée et en plus, c'est un secteur pour lequel on a assisté à un définancement... » (Chargée d'études dans une association)

« Le 112 a refusé de venir chercher des résidents malades. On nous a répondu : 'les hospitalisations sont pour les personnes actives'. » (Direction d'une MR/S)

Quelques initiatives de MR/S pour réduire l'impact des mesures de confinement

Des directions et des équipes ont, du fait de la crise, dû faire face à une réalité imprévue et brusque avec les outils et les moyens qui étaient en leur possession. Elles ont dû, par la force des choses, se réinventer, tenter sans cesse de préserver leur capacité de discernement avec, en point de mire, la sauvegarde des valeurs fondamentales, qui consiste principalement à assurer un accompagnement digne aux résidents.

Chaque établissement (ou groupement d'établissements) était dans la nécessité de déterminer ses propres règles, devant trouver la juste mesure entre, d'un côté, la gestion du risque de contamination (entre résidents, entre proches et résidents, entre résidents et professionnels) et, de l'autre côté, le respect des libertés, des demandes, des attentes des résidents et des proches.

L'enjeu principal : trouver un équilibre entre le risque de décès par infection au Covid-19 et un risque de mourir dans la solitude et le chagrin.

| BONNES PRATIQUES DES MR/S | |
|--|---|
| Mobilisation des acteurs | <ul style="list-style-type: none"> Appui multiple des bénévoles (fabrication de masques, envoi des cartes d'encouragement, organisation de "petits" concerts...) Fourniture de matériels à travers des réseaux (bénévoles, commerçants...) Collecte de dons divers (masque...) |
| Réorganisation du travail | <ul style="list-style-type: none"> Formation spécifique pour le personnel Organisation de zones délimitées géographiquement et ainsi maintien d'un équilibre psychocomportemental Fonctionnement en petites unités Organisation de réunions par étage |
| Soutien aux résidents | <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de groupes de parole et d'un accompagnement psychologique Organisation de fêtes internes et externes (ex. concert au pied de la MR/S, anniversaire...) Organisation de sorties dans le jardin ou la cour des MR/S |
| Participation et informations des résidents | <ul style="list-style-type: none"> Mobilisation régulière du conseil des résidents Mise à disposition et "formation" à l'utilisation des tablettes, Skype, etc. Renforcement des lignes d'écoute et de soutien téléphonique |
| Visites des familles | <ul style="list-style-type: none"> Autorisation de certaines visites Permission d'une présence lors du décès d'un résident proche Envoi de courriers, dessins, poèmes... aux résidents Aménagements permettant des rencontres avec les proches |
| Accompagnement des équipes | <ul style="list-style-type: none"> Suivi psychologique Mise en place d'activités pour le bien-être du personnel Mise en place d'entretiens individuels |

Pour favoriser la participation des résidents au sein des maisons de repos, il existe actuellement des outils tels que le Conseil des résidents. **Le Conseil des résidents** est en principe un lieu d'information, de débat et de coconstruction.

De nombreux acteurs regrettent que ce lieu ne soit pas suffisamment investi pour éviter l'attitude passive des résidents lors des séances du Conseil ou leur réticence à la prise de parole. Ainsi ont-ils plaidé pour que le Conseil des résidents soit mieux préparé et organisé. Cela suppose de mettre en place, en amont des séances, des réunions préparatoires afin de bien expliquer aux concernés les points qui seront traités, de recueillir leurs avis dans le but de faciliter leur prise de parole et d'éviter de limiter les sujets traités uniquement aux repas et aux difficultés individuelles. Un Conseil de résidents qui fonctionne comme un espace de parole a pour perspective d'améliorer des pratiques ; il pourrait faire émerger un sentiment d'appartenance à un projet commun et collectif.

6 Éléments de conclusion

La vie sociale en MR/S est structurée comme une microsociété, où s'entremêlent les relations entre différents acteurs menant une vie semi-collective. Les résidents ont ainsi un domicile individuel dans un établissement pour tous. Dans la vision des professionnels, la MR/S représente un nouveau domicile pour les résidents (certains participants aux entretiens utilisent le terme « habitant » plutôt que « résident »), où ils poursuivent leur cheminement de vie. Les professionnels tentent de créer un milieu de vie qui part des besoins, des valeurs, des parcours de vie spécifiques des résidents et de leurs familles. Ils sont conscients qu'il est impératif de prendre distance des effets pervers de l'institutionnalisation. Ces considérations montrent le lien entre la qualité de vie des résidents et la qualité des interventions des professionnels. Or, la qualité de vie des résidents ne peut être dissociée des liens sociaux et affectifs qui se tissent entre les acteurs au sein et en dehors des MR/S.

Dans le contexte d'urgence Covid-19, les mesures ont été mises en place très rapidement, souvent sans concertation avec les professionnels au sein des établissements, ni avec les résidents et leurs proches. D'autre part, les MR/S ont été touchées de manières très différentes et les initiatives mises en place pour faire face au Covid-19 furent variées (paroi de verre, présence d'un professionnel pour veiller au respect des mesures, table large pour éviter le contact physique au moment des visites...). Le constat partagé par les participants, en particulier au début de la première vague, est celui d'une prise en charge insatisfaisante des résidents, malgré de bonnes initiatives et de multiples tentatives des travailleurs des MR/S visant à atténuer l'impact des mesures. Pour faire barrage au Covid-19, l'objectif au quotidien devient l'intérêt collectif : l'on confine donc le résident pour le protéger et pour protéger les autres. Il fallait, au nom de ce principe, détecter les personnes porteuses du virus afin de les isoler encore davantage. Il était donc impératif de limiter et d'encadrer les visites, malgré leur importance sociale et affective. Il fallait limiter à tout prix le risque d'aggraver des situations individuelles de santé, en particulier celles de résidents très âgés porteurs de polyopathologies ou de troubles cognitifs.

Les mesures ont renforcé des situations d'isolement qui préexistaient, elles ont mis sur le devant de la scène, dans une nouvelle configuration, la « mort sociale » des résidents des MR/S. En dépit du travail mené par le personnel des MR/S au cours de la crise sanitaire, l'application indifférenciée des mesures de confinement dans l'ensemble des MR/S du territoire a suscité des incompréhensions majeures chez les professionnels. Les conséquences néfastes d'un isolement total (interdiction des visites et des sorties, suppression des activités, repas pris dans les chambres, etc.) ne semblent avoir fait l'objet d'aucune véritable analyse *ex ante*, en dépit des enjeux notamment éthiques qu'elles soulèvent. Les risques induits

à leur tour par ces mesures n'ont pas été évalués non plus. Les prescriptions strictes et uniformes ont contraint le personnel et les directeurs des MR/S à appliquer strictement les mesures pour éviter, selon certains, de voir leur responsabilité engagée.

Ces prescriptions ne sont donc pas perçues comme ayant été articulées aux réalités diverses des MR/S.

Les résidents, bien qu'ils ne constituent pas un groupe homogène, ont besoin d'interactions sociales et de réseaux de soutien afin de ressentir un bien-être. Leur détresse psychologique représente une souffrance dramatique, tout à l'opposé de la « bienveillance ».

Les mesures qui imposent le confinement aux résidents du seul fait de leur fragilité supposée et de leur âge induisent qu'ils ne disposent pas d'une capacité d'autodétermination pour choisir librement les risques qu'ils entendent prendre. Utiliser la coercition au prétexte d'une fragilité liée à l'âge constitue une invalidation du résident en tant qu'acteur, décidée uniquement sur le critère de la vulnérabilité médicale. L'autonomie, la volonté des résidents, leur capacité de raisonner, sont disqualifiées au regard d'une finalité fixée unilatéralement par des normes légales. La règle normale de la responsabilité individuelle étant paralysée, ce scénario contraint les travailleurs à reconsidérer leur éthique professionnelle et personnelle. Pour illustrer le questionnement éthique, certains participants ont soulevé le problème des exigences hygiénistes qui ont dicté la modification brutale de règles touchant au deuil des proches des défunts, et dans une certaine mesure des soignants eux-mêmes. La sensibilité extrême de ce sujet, qui renvoie à la sphère intime et aux croyances de chaque individu, aurait dû conduire les pouvoirs publics à une évaluation très fine de la pertinence des mesures. L'ensemble de ces considérations impose, dans l'avenir, une réévaluation des modes de gouvernance nationale, régionale et communautaire et du type de communication appliqués lors de la crise vis-à-vis des MR/S, des résidents et de leurs familles.



7 Les droits humains des personnes âgées en MR/S

En plus de l'analyse sociologique des maisons de repos (et de soins) et de l'impact de la pandémie (chapitre 5), nous voulons examiner dans ce rapport si, et dans quelle mesure, les droits humains des résidents ont été violés. Nous allons d'abord voir dans ce chapitre ce qu'il faut exactement entendre par 'droits humains' (7.1) avant d'explicitier le cadre normatif concernant les droits des personnes âgées (7.2). Dans le chapitre suivant, nous commenterons ensuite quelques situations pratiques dans les MR/S sous l'angle des droits humains et sur la base de ce cadre normatif.

7.1 Qu'est-ce que les droits humains ?

Les droits humains s'appliquent à toute personne, indépendamment de sa race, son sexe, son âge, etc. Ils figurent des conventions internationales, mais aussi dans notre Constitution, dans nos lois et nos décrets. Ils revêtent une grande importance juridique : les autorités publiques sont contraintes de les appliquer, immédiatement pour certains droits ou de manière progressive pour d'autres.²⁰ Lorsque des droits humains sont suffisamment clairs dans des conventions internationales, ils peuvent aussi avoir un effet direct, ce qui signifie concrètement qu'on peut les faire valoir devant un juge national. Certains droits humains sont absolus, comme l'interdiction de la torture : aucune dérogation n'est admise. Mais la plupart des droits humains sont relatifs : des exceptions ou des restrictions sont possibles dans certains cas.

7.1.1 Restrictions de droits humains

Pour pouvoir déroger aux droits humains, les mesures restrictives doivent répondre aux conditions de légalité, de nécessité et de proportionnalité :

- en vertu du principe de **légalité**, chacun doit savoir ce que contient la loi et doit pouvoir comprendre les fautes ou les erreurs qui engagent sa responsabilité.
- **La nécessité** signifie que des mesures restrictives doivent être adaptées à l'objectif poursuivi et être nécessaires pour atteindre ce but. Il ne peut pas non plus y avoir d'autres moyens d'atteindre le même objectif avec une mesure qui porte moins atteinte aux droits humains.
- Enfin, les mesures doivent aussi être strictement **proportionnées**. Autrement dit, elles ne peuvent pas entraîner de conséquences ou d'effets démesurés.²¹

²⁰ Le droit à la santé peut par exemple être réalisé de manière progressive, mais l'interdiction de toute discrimination dans l'accès aux soins de santé est d'application immédiate. Voir le Comité de l'ONU des Droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 14 (2000).

²¹ Unia (2020), Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve. Bruxelles: Unia.

7.1.2 Des droits distincts pour les personnes âgées ?

Les droits humains s'appliquent à tous, y compris donc aux personnes âgées. Pourtant, il est parfois plus difficile pour des publics vulnérables d'avoir accès à ces droits et d'en bénéficier. C'est pourquoi des conventions, des textes et des articles distincts précisent parfois comment les autorités publiques doivent veiller au respect de ces droits pour des publics spécifiques, en étant attentives à leurs besoins particuliers. Comme nous le verrons plus loin, les personnes âgées ont peu été prises en considération dans le cadre actuel des droits humains et il n'existe donc guère de textes qui s'appliquent spécifiquement à ce groupe.²² Une convention internationale relative aux droits des personnes âgées pourrait prochainement y remédier (voir aussi 10.2.3).

7.2 Cadre normatif

7.2.1 Normes internationales

Les droits humains figurent entre autres dans des conventions internationales, qui concernent :

- des catégories de droits : ex. le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ONU) ;
- un droit humain spécifique : ex. la Convention de l'ONU contre la torture ;
- une catégorie de personnes : ex. la Convention de l'ONU sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Presque tous les droits humains s'appliquent aussi à toutes les tranches d'âge. En outre, la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées est aussi applicable à certaines personnes âgées, comme celles qui sont atteintes d'un handicap à un âge avancé ou qui souffrent d'un trouble cognitif tel que la maladie d'Alzheimer. Pourtant, il est frappant de constater que les conventions actuelles relatives aux droits humains ne se réfèrent guère explicitement aux personnes âgées. Ainsi, il est rare que l'âge soit mentionné comme un critère de discrimination interdit.²³ Il existe certes des textes politiques détaillés sur le troisième âge et le vieillissement, comme le Plan d'action international de Madrid,²⁴ mais ils ne sont pas juridiquement contraignants.

²² Pour une analyse détaillée récente, voir OHCHR (2021), Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons: [Working paper prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights](#).

²³ À l'exception de l'art. 7 de la Convention de l'ONU sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille et du préambule de la Convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées.

²⁴ Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002. Voir aussi United Nations Principles for Older Persons, 1991.

7.2.2 Union européenne

La Charte des droits fondamentaux de l'UE accorde un peu plus d'attention aux personnes âgées. Ainsi, l'article 21 (non-discrimination) interdit explicitement de faire de l'âge un critère de discrimination.²⁵ L'article 25 stipule même que l'UE reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle. Mais en pratique, la portée de cette Charte est limitée aux compétences de l'UE : elle ne s'applique donc qu'aux institutions européennes et aux États membres lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'U

7.2.3 Conseil de l'Europe

La Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) ne fait pas spécifiquement référence aux personnes âgées ou à la discrimination fondée sur l'âge. Elle contient néanmoins plusieurs droits importants, comme l'interdiction de la torture (art. 3), le droit à la liberté et à la sécurité (art. 5), le droit au respect de la vie privée (art. 8) et l'interdiction de toute discrimination (art. 14).²⁶

La Charte sociale européenne révisée comporte le droit à la protection de la santé et garantit le droit des personnes âgées à la protection sociale (art. 23). La Belgique a malheureusement choisi de ne pas s'engager à respecter cet article.

Dans le cadre du Conseil de l'Europe, il existe également d'autres textes pertinents et non contraignants, comme la recommandation CM/REC(2014)2 sur la promotion des droits humains des personnes âgées²⁷ et la recommandation 2104 (2017) sur les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale.²⁸

7.2.4 Belgique

Notre Constitution belge établit aussi un certain nombre de droits humains fondamentaux, comme le droit à l'égalité et à la non-discrimination (art. 10-11), le droit à la liberté (art. 12) et le droit au respect de la vie privée (art. 22). On retrouve par ailleurs une interdiction explicite de toute discrimination basée sur l'âge dans la législation anti-discrimination.²⁹

²⁵ La Directive européenne 2000/725, qui interdit toute discrimination en fonction de l'âge, s'applique au domaine de l'emploi. Mais les discriminations fondées sur l'âge sont assorties de plusieurs exceptions (art. 6) qui n'existent pas pour d'autres critères.

²⁶ Même si l'âge n'est pas explicitement mentionné parmi les motifs de discrimination de l'art. 14 de la CEDH, la Cour européenne des Droits de l'Homme a confirmé dans sa jurisprudence que l'interdiction de toute discrimination basée sur l'âge relevait aussi de cet article. Voir Cour EDH, *Schwizgebe c. Suisse*, 10 juin 2010, n°25762/07.

²⁷ Conseil de l'Europe, Recommandation CM/Rec(2014)2 du Comité des Ministres aux États membres concernant la promotion des droits humains des personnes âgées, https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f

²⁸ Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, Recommandation 2104 (2017) sur les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale, <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=23767&lang=FR>.

²⁹ Pour plus d'information, voir le [Lexique discrimination](#) d'Unia.

La loi relative aux droits du patient est applicable à toute prestation de soins faite par un 'praticien professionnel', comme un médecin, un aide-soignant, un orthopédaogogue, etc. Parmi les droits importants, il y a :

- le droit à des prestations de qualité, dans le respect de l'autonomie et de la dignité humaine du patient (art. 5) ;
- le droit de choisir librement son praticien professionnel (art. 6) ;
- le droit d'être correctement informé, dans une langue claire, et de se faire assister par une personne de confiance (art. 7) ;
- le droit de donner un consentement libre et informé avant toute intervention (art. 8) ;
- le droit à la protection de la vie privée et au respect de l'intimité du patient (art. 10).

Lorsqu'un patient ne peut pas exercer ces droits lui-même, ils sont exercés par un représentant (art. 14).

De son côté, la loi relative aux soins palliatifs stipule que tout patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et engageant le pronostic vital a droit à des soins palliatifs (art. 2). Le législateur a précisé en 2016 que l'espérance de vie ne jouait aucun rôle à cet égard.³⁰ Les patients qui ne sont pas en phase terminale ont donc aussi droit aux soins palliatifs. Tout patient a également le droit d'être informé de son état de santé et des possibilités de soins palliatifs (art. 7).

7.2.5 Communautés et Régions

En ce qui concerne plus particulièrement l'aide aux personnes âgées, ce sont désormais les Communautés et les Régions qui sont compétentes (voir ci-dessus, 2.1).³¹ Leur réglementation est aussi de plus en plus attentive aux droits humains des résidents de maisons de repos (et de soins).

- En **Flandre**, le nouveau décret relatif aux soins résidentiels ('Woonzorgdecreet') stipule par exemple que les MR/S sont tenues de respecter les droits humains définis dans la Constitution, la CEDH et diverses conventions internationales. Elles doivent aussi respecter la dignité humaine, l'intégrité et la sphère privée des résidents et favoriser leur autonomie personnelle et leur liberté de choix.³²

³⁰ Loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs.

³¹ Art. 5 § 1, I., 3° Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. La politique en matière de personnes âgées est une compétence communautaire, mais en Communauté française l'exercice de ces compétences a été confié à la Région wallonne en Wallonie et à la Commission communautaire commune à Bruxelles.

³² Art. 4 Décret du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels ('Woonzorgdecreet'). Voir aussi les critères de reconnaissance dans l'[Arrêté du gouvernement flamand du 28 juin 2019](#).

- En **Wallonie**, le décret du 30 avril 2009 stipule, entre autres, que les établissements pour personnes âgées sont tenus de respecter les droits individuels des résidents, de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle, de favoriser le maintien de leur autonomie et d'assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés individuels.³³
- À **Bruxelles**, selon l'établissement concerné, c'est soit la réglementation flamande, soit celle de la Commission communautaire commune qui s'applique. Cette dernière exige entre autres des MR/S qu'elles respectent les droits et libertés des résidents, notamment leur droit à se déplacer librement et à recevoir les visiteurs de leur choix, et qu'elles tiennent compte du droit des résidents à mener une vie conforme à la dignité humaine.³⁴

8 Les droits humains dans les MR/S : l'impact du Covid-19

La pandémie et les mesures sanitaires ont sans aucun doute eu un impact négatif sur les résidents des MR/S. Nous allons examiner ici, à partir des situations apparues dans nos discussions avec des experts et des membres du personnel de MR/S, s'il s'agit aussi de violations de droits humains. Nous mentionnons chaque fois les droits humains concernés, avant une analyse de cette situation pratique sous l'angle des droits fondamentaux. Nous nous limitons à quelques-unes des situations les plus alarmantes que nous avons constatées. La liste n'est donc pas exhaustive et les problématiques mises en avant ne sont pas forcément les mêmes que dans d'autres rapports sur les MR/S.³⁵

Lors de nos entretiens, de nombreuses directions se sont accordées à dire que les droits sont bel et bien présents mais qu'il faut les faire cohabiter avec la collectivité – ce qui n'est pas sans difficulté, car un équilibre doit constamment être trouvé entre protection et autonomie. S'agissant des résidents, la crise sanitaire a entraîné des répercussions importantes au niveau de l'exercice de leurs droits les plus élémentaires. Ils se sont retrouvés isolés, enfermés malgré eux, « chez eux » dans un lieu institutionnel censé être un lieu de vie et ce, dans l'intérêt de protéger la collectivité au détriment de leurs droits individuels. Les épreuves du confinement, les restrictions de libertés ont concerné tous les citoyens mais ont impacté davantage les résidents des MR/S, les obligeant très souvent à un confinement en chambre ou en unité, limitant ainsi différents droits fondamentaux.

³³ Art. 4 Décret du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées. Voyez aussi les normes d'agrément dans [l'arrêté du 15 octobre 2009 du Gouvernement Wallon](#).

³⁴ Art. 11 Ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées. Voir aussi les critères de reconnaissance de [l'Arrêté du Collège réuni du 3 décembre 2009](#).

³⁵ Voir entre autres Vlaamse Ombudsdienst (2020), *Stemmen uit de stilte: Getuigenissenboek residentiële ouderenzorg*; Médecins Sans Frontières (2020), *Les laissés pour compte de la réponse au Covid 19: Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières*; Amnesty International Belgique (2020), *Les maisons de repos dans l'angle mort: Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 en Belgique*.

8.1 Légalité et proportionnalité des mesures contre le Covid-19

Comme indiqué plus haut (chapitre 7), il est possible de déroger à la plupart des droits humains, à condition que ces restrictions soient proportionnées et prévues dans la loi. Nous allons nous interroger chaque fois sur le critère de proportionnalité. Un élément important est que la pandémie s'est prolongée beaucoup plus longtemps que prévu. Dès lors, des mesures qui étaient peut-être proportionnées au début ne l'étaient plus nécessairement de longs mois plus tard.

La base légale des mesures sanitaires.³⁶ a fait l'objet de nombreuses discussions. Les arrêtés ministériels ont été adoptés en vertu de loi de 2007 relative à la sécurité civile, mais celle-ci vise surtout une intervention rapide dans des scénarios de catastrophes, donc pour une durée limitée -, alors que les mesures sanitaires durent depuis plus d'un an. L'absence de base légale a été confirmée par le tribunal³⁷, mais en appel, le juge a estimé qu'à première vue, les mesures anti-Covid reposeraient tout de même sur un fondement légal. En revanche, la Cour juge problématique que la compétence de restreindre nos droits humains ne relève que d'un seul ministre, ce qui pourrait être anticonstitutionnel³⁸. En ce moment, (septembre 2021) on attend encore le jugement de la Cour constitutionnelle, qui se penchera sur cette question.

De plus, quelques directives non contraignantes ont été données aux MR/S en Wallonie et en Flandre.³⁹ Il existe une différence juridique entre, d'une part, les conditions de reconnaissance fixées dans un décret, un arrêté ministériel ou un arrêté du gouvernement de la Communauté et, d'autre part, les directives relatives au Covid-19, qui ne sont pas juridiquement contraignantes. Les directions de MR/S peuvent être interpellées et sensibilisées par l'inspection, mais sans que cela n'ait force de loi.⁴⁰ Qui plus est, en raison de la hiérarchie des normes, les directives doivent rester dans le cadre de la loi sur les droits du patient, des décrets respectifs concernant les MR/S et des critères de reconnaissance.

³⁶ Unia (2020), Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve. Bruxelles : Unia.

³⁷ Tribunal de première instance francophone de Bruxelles, Section civile, Ordonnance 31 mars 2021, N° 2021/14/C.

³⁸ Cour d'Appel de Bruxelles, Arrêt définitif de 7 juin 2021, n° 2021/KR/17.

³⁹ À Bruxelles, un arrêté ministériel a été adopté : Arrêté du 10 mars 2020 du Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale interdisant les rassemblements de plus de 1.000 personnes, les visites dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les voyages scolaires à l'étranger.

⁴⁰ Parlement flamand, Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, 22 septembre 2020.

8.2 Droit à la dignité et à l'autonomie

La dignité et l'autonomie (ou le droit à l'autodétermination) sont d'importants principes sous-jacents aux droits humains.⁴¹ Leur signification précise dépend de la manière dont le juge utilise le principe pour vérifier le respect des droits humains. La Cour européenne des droits de l'homme se réfère par exemple souvent à l'obligation de respecter la dignité des personnes lorsqu'elle vérifie s'il est satisfait à l'interdiction de la torture et de traitements inhumains ou dégradants.⁴²

Les concepts 'd'autonomie personnelle' et 'd'autodétermination' constituent également d'importants principes pour interpréter d'autres droits humains.⁴³ L'autonomie désigne la liberté de faire ses propres choix et de mener sa vie comme on l'entend.⁴⁴ Les restrictions de droits fondamentaux qui vont à l'encontre de la liberté individuelle de choix sont difficilement admissibles.⁴⁵ En outre, il existe aussi un 'droit à l'autonomie et au développement personnels', qui relève de l'article 8 de la CEDH.⁴⁶ Le droit à mener sa propre vie implique aussi que l'on peut faire des choses nocives ou dangereuses.⁴⁷

8.2.1 Liberté de choix et participation pendant la pandémie

Le respect de la dignité humaine, de l'autonomie individuelle et de l'autodétermination s'applique aussi aux résidents de MR/S. Ceux-ci ont donc le droit de faire connaître leurs souhaits et leurs préférences ainsi que de faire des choix et de prendre des décisions eux-mêmes sur des questions personnelles et financières, qu'il s'agisse de leurs biens, leurs revenus, leurs finances, leur lieu de séjour, leur santé, de soins ou de traitements médicaux ou encore des modalités de leurs funérailles.⁴⁸ Ceci est aussi étroitement lié à la participation des personnes âgées dans l'établissement et au droit à être reconnu devant la loi.⁴⁹

Le droit à l'autonomie et à l'autodétermination et l'obligation d'organiser des conseils participatifs (de résidents et/ou de membres de leur famille) sont restés en vigueur. Mais dans beaucoup de MR/S, le fonctionnement de ces conseils participatifs a été interrompu lors du déclenchement de la pandémie.

⁴¹ Voir e.a. article 1 DUDH; article 1 Charte UE des Droits fondamentaux. Voir aussi *College voor de Rechten van de Mens* (2016), *De cliënt centraal: De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen*, p. 37. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

⁴² McCrudden, C. (2008), 'Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights', *European Journal of International Law* Vol. 19 n° 4, 2008, p. 683.

⁴³ Cour EDH, *Pretty c. Royaume Uni*, 29 avril 2002, n° 2346/02, § 65. La dignité et l'autonomie font aussi partie des 'principes de base' de la CDPH et constituent un guide important pour interpréter tous les droits de la convention.

⁴⁴ Article 3 CDPH; Cour EDH, *Pretty c. Royaume Uni*, 2002, n° 2346/02, § 62.

⁴⁵ *College voor de Rechten van de Mens* (2016), *De cliënt centraal: De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen*, p. 39.

⁴⁶ Cour EDH, *Pretty c. Royaume Uni*, 2002, n°. 2346/02.

⁴⁷ Cour EDH 10 juin 2010, *Jehovah's Witnesses of Moscow c. Russie*, n° 302/02, § 135.

⁴⁸ Conseil de l'Europe, *Recommandation du Conseil des Ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'Homme des personnes âgées*, CM/Rec(2014)2, 19 février 2014; Conseil de l'Europe, *Recommandation du Conseil des Ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'Homme des personnes âgées*, CM/Rec(2014)2, Exposé des motifs.

⁴⁹ Article 6 DUDH, article 16 PDCP, article 12 CDPH.

Au début, les directives des pouvoirs publics n'ont pas été attentives à la nécessité de continuer à garantir la participation⁵⁰ et ont été principalement appliquées sans concertation des résidents. Ceux-ci n'avaient donc pas le choix d'être protégés ou non : ils ont été privés du 'droit au risque', alors qu'il est plus important pour certains d'entre eux d'avoir des contacts sociaux que de garantir la sécurité.

Verbatim

« C'est surtout sur la participation qu'il faut travailler. Certainement les premières semaines, mais aussi encore maintenant. Normalement, il y a des conseils de résidents et de famille, mais ils ont été suspendus. La communication était plus facile avec les familles (Facebook, e-mail, téléphone), mais nous ne sommes pas parvenus à toucher nos plus de 150 résidents. » (Direction de MR/S)

« Dans une crise, assurer le bien-être des résidents n'est pas évident (...) les contraintes réduisent les choix individuels (...), les directions veulent diminuer le nombre des personnes contaminées. » (Direction d'une institution)

8.2.2 Soins personnalisés pendant la pandémie

Les soins personnalisés se situent bien dans le prolongement des droits humains parce qu'ils sont centrés sur le résident et que les soins et le soutien sont adaptés à ses souhaits et à ses besoins. Ce qui fait le pont entre les soins personnalisés et les droits humains, c'est donc le fait que les droits des individus soient au centre des préoccupations et que la dignité et l'autonomie constituent d'importants principes sous-jacents.⁵¹ En particulier pour les résidents de MR/S, la dignité concerne aussi la reconnaissance et le respect de leur vie et de leur âge, sans qu'ils soient infantilisés ou qu'on communique 'par-dessus leurs têtes'.⁵²

Cependant, le déclenchement de la pandémie a contraint les MR/S à consacrer tous leurs moyens à la protection de la sécurité des résidents et du personnel au détriment de soins personnalisés. L'absentéisme du personnel a encore aggravé les choses et il a fallu interrompre l'évolution vers des soins plus personnalisés ou même faire marche arrière. Cela a suscité la frustration de directions qui s'étaient engagées dans cette voie et cela a eu un impact négatif sur les résidents. Enfin, on peut aussi faire le lien avec la pénurie structurelle de personnel, de matériel et de moyens, qui rendait déjà difficiles les soins personnalisés avant le déclenchement de la pandémie de Covid-19.⁵³

⁵⁰ Un changement est intervenu en Flandre avec la directive-cadre du 3 septembre 2020, qui souligne la nécessité d'élaborer un règlement de visite de manière aussi participative que possible avec les résidents, leurs familles et les collaborateurs.

⁵¹ College voor de Rechten van de Mens (2016), De cliënt centraal: De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen, p. 9.

⁵² Unia et ENNHRI (2016), [Human Rights of Older Persons and Long-Term Care](#): Monitoring Report on The Human Rights situation of Older Persons in Belgian Residential Care Settings, p. 60.

⁵³ En ce qui concerne ces obstacles structurels, voir aussi Unia et ENNHRI (2016), [Human Rights of Older Persons and Long-Term Care](#).

Verbatim

« (...) Un pas en arrière maintenant, des années de travail pour rien..., tout refaire, recommencer... » (Direction d'une MR/S)

« Les manquements structurels sont apparus douloureusement : absence d'approche à petite échelle, ce qui impacte la qualité de la vie. L'évolution vers moins de médical était en bonne voie, mais le Covid a changé tout ça. Un pas dans le mauvais sens. » (Organisation de seniors)

8.3 Droit à la vie et à la santé



Chacun a droit à la vie. Les autorités publiques doivent protéger ce droit en prenant les mesures nécessaires. Dans le domaine des soins, il s'agit par exemple faire en sorte que les hôpitaux protègent la vie de leurs patients. Si un établissement de soins ne prodigue pas les soins indispensables, cela peut constituer une violation du droit à la vie du patient.⁵⁴ Cela implique aussi l'existence d'un système judiciaire efficace et indépendant, de manière à pouvoir constater la cause du décès de patients et appeler les responsables à se justifier.⁵⁵

Le droit à la santé est étroitement lié au droit à la vie : chacun a droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale. Les autorités publiques doivent

faire le nécessaire pour prévenir, traiter et contrôler des épidémies et d'autres maladies et veiller à ce que tout le monde puisse bénéficier d'aide et de soins médicaux en cas de maladie.⁵⁶ De plus, les services de santé doivent être accessibles à tous, sans distinction d'âge.⁵⁷

⁵⁴ Cour EDH, Centre for legal resources on behalf of Valentin Câmpeanu c. Roumanie 17 juillet 2014, n° 47848/08, § 134-143.

⁵⁵ Cour EDH, *Calvelli et Ciglio c. Italie*, 17 janvier 2002, n° 32967/96, § 49. Voir aussi l'affaire *Dodov* concernant une femme démente qui a disparu d'une MR/S. La Cour a constaté une violation en raison des manquements de l'enquête de police sur sa disparition et son décès. Cour EDH, *Dodov c. Bulgarie*, 17 janvier 2008, n° 59548/00.

⁵⁶ Article 12 CDESC. Voir aussi art. 25 CDPH; art. 35 Charte UE des Droits fondamentaux; art. 11 Charte sociale européenne révisée; art. 23 Constitution belge.

⁵⁷ Comité CDESC, Observation générale n° 14 (2000), § 12. Voir aussi Unia, '[Assouplir les mesures corona sans discrimination fondée sur l'âge](#)', 20 mai 2020.

8.3.1 Manque de matériel de protection

Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au Covid-19. Les résidents d'hébergements collectifs courent même un risque accru d'infection et de décès parce qu'ils vivent en promiscuité étroite avec d'autres et souffrent de facteurs de comorbidité. Le nombre très élevé de décès dans les MR/S l'a confirmé (voir le point 1.1).

Sans aucun doute était-il difficile d'être parfaitement préparé à cette pandémie. Mais la grave pénurie de matériel de protection durant la première vague permet de mettre en doute le fait que les MR/S aient été suffisamment équipées pour faire face à une pandémie (ou même à une épidémie). Il leur revient pourtant de protéger la santé de leurs résidents comme de leur personnel. Les entretiens ont révélé que le personnel manquait aussi de connaissances sur l'utilisation du matériel de protection et sur la prévention des maladies infectieuses. On a dès lors fait appel à l'expertise externe en matière 'd'hygiène médicale' d'hôpitaux et d'organisations d'aide humanitaire pour soutenir le personnel.⁵⁸

Les experts et les directions de MR/S font cependant le lien avec le sous-financement structurel, depuis de longues années, des soins aux personnes âgées. Ils expriment aussi leurs frustrations quant aux signaux contradictoires envoyés par le monde politique, qui suggérait encore au début qu'il était inutile de porter un masque. À cela s'ajoute aussi le fait que le pouvoir fédéral a détruit une très grande quantité de masques ces dernières années et qu'en raison de mesures d'économie, ce stock n'a pas été reconstitué.⁵⁹ Autrement dit, les pouvoirs publics n'ont pas fait non plus le nécessaire pour éviter des situations poignantes dans les MR/S.

Verbatim

*« D'abord, les pouvoirs publics ne nous ont pas autorisés à porter des masques et maintenant, tout le monde doit en avoir un. Quels dangers nous a-t-on fait courir ? »
(Direction de MR/S)*

*« Le manque de matériel et de connaissances de l'utilisation de ce matériel a été déterminant dans la propagation du virus. Ce sont les résidents qui en ont été victimes. »
(Chargé d'études dans une Asbl)*

8.3.2 Droit à la santé et non-discrimination ('triage')

Même en période de Covid-19, la discrimination fondée sur l'âge dans les soins de santé constitue une violation des droits humains. D'après nos entretiens, il ressort clairement que certaines de ces situations, en particulier les pratiques de tri à l'hôpital, ont porté atteinte aux droits des personnes âgées. Par exemple, des ambulances conduisant des patients âgés résidents en MR/S n'ont pas eu accès à des services des soins intensifs et ont dû rebrousser chemin sans aucune prise en charge ni diagnostic médical.

⁵⁸ Eckert, M. (2020), 'Ziekenhuizen nemen ongevraagd initiatief om woonzorgcentra te ondersteunen', De Standaard, 9 avril 2020; Artsen zonder Grenzen (2020), 'We helpen het personeel in de woonzorgcentra: "Ze gaan naar de oorlog zonder wapens"', 11 avril 2020.

⁵⁹ VRT NWS, 'Federale overheid vernietigde in 2015 en 2018 ondoordacht eigen stock van miljoenen mondmaskers', 7 octobre 2020.

« Tout être humain a droit à une assistance médicale lorsque son pronostic de vie est engagé. »

Source : principes directeurs de l'ONU concernant le Covid-19

Certains gériatres interrogés sur ces situations nous ont expliqué que le critère âge ne devait pas être absolu. L'objectif des directives issues du mois de mars 2020 par la Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie était, d'une part, d'explicitier les processus de décision des prestataires de soins et, d'autre part, de les accompagner/soutenir dans la prise de décision en concertation avec le patient/résident et sa famille tout en tenant compte du contexte. Mais il y a eu manifestement des erreurs d'interprétation des directives. L'âge ne peut en aucun cas être le seul critère : une évaluation individualisée du patient s'impose. Chaque individu doit être évalué au niveau de sa santé globale. Face à ce grave problème d'interprétation, les experts ont ainsi fourni des explications pour l'interprétation des directives.⁶⁰

La Commission éthique 'Zorg' de l'UZ Leuven a aussi publié des directives éthiques à propos du Covid-19. Elles rejoignent en grande partie de précédentes directives de la Société Belge de Médecine Intensive,⁶¹ mais ont donné l'impression erronée que la discrimination fondée sur l'âge était autorisée : "comme un jeune âge va de pair avec une plus grande probabilité d'une issue positive (...), un jeune patient aura la priorité sur un patient plus âgé souffrant d'une pathologie de la même gravité."⁶²

Après des signaux inquiétants venus du terrain, Unia a demandé en avril 2020 au Comité consultatif de Bioéthique de Belgique de prendre d'urgence position contre la discrimination des personnes âgées dans le secteur des soins.⁶³ Leur recommandation sur la priorisation des soins en période de Covid-19⁶⁴ entend apporter une réponse aux questions éthiques.

Verbatim

« L'âge n'est pas le seul critère pour juger d'une situation. Il faut le combiner avec d'autres critères tels le score de fragilité (...). Bien qu'un âge avancé soit associé à de moins bonnes chances de résultats pour le Covid-19, l'âge pris isolément ne peut en aucun cas être utilisé seul mais il doit être intégré à d'autres éléments cliniques, la fragilité, la comorbidité, les troubles cognitifs (...), etc. » (Géiatre)

⁶⁰ V. Beel, 'Zorg in ziekenhuis weigeren op basis van leeftijd mag niet', De Standaard, 29 octobre 2020.

⁶¹ Société Belge de Médecine Intensive (2020), [Des principes éthiques sur la proportionnalité des admissions aux soins intensifs durant la pandémie de covid-19 en Belgique](#).

⁶² 'Ethische commissie-zorg UZ Leuven', [Ethische aspecten van het maken van keuzes in de COVID-19 crisis](#), 17 mars 2020.

⁶³ Unia, '[Les personnes handicapées et les personnes âgées ont le droit d'être soignées](#)', 10 avril 2020.

⁶⁴ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (2020), Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de Covid-19: [Recommandation du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à laquelle adhèrent l'Ordre des médecins et le Conseil supérieur de la Santé](#).

Si une décision est motivée par une bonne évaluation de la situation et du résident, c'est OK. Mais c'est le médecin qui décide cela, avec la famille, en se basant sur une bonne évaluation. C'est la pratique correcte. Si un service d'ambulance dit qu'il a des instructions d'un hôpital pour ne pas emmener de résidents de MR/S, cela ne va pas. » (Géiatre)

8.3.3 Accès limité aux soins du médecin traitant

Outre les difficultés d'accès aux soins intensifs, les résidents des MR/S ont aussi rencontré des difficultés pour bénéficier de soins médicaux administrés par leurs médecins traitants. Deux types de situation ont été portés à notre connaissance. Certains médecins traitants n'ont pas été autorisés à rendre visite à leurs patients pendant le premier confinement, tandis que d'autres médecins ont refusé de se présenter personnellement dans les institutions, craignant de contracter le virus. Des certificats médicaux ont dès lors été envoyés par mail sans visites, sans diagnostic, y compris des certificats de décès, ce qui pose beaucoup de questions en termes de droit à la santé.

Des résidents ont ainsi été privés de soins, même pour leurs pathologies chroniques. Leur santé tant physique que mentale en a été affectée étant donné que leurs traitements étaient interrompus. Certaines MR/S ont même admis au cours des entretiens que des résidents étaient décédés non seulement du Covid-19 mais aussi d'un suivi déficient de leurs soucis de santé.

Verbatim

« C'était une situation très inattendue, donc je comprends qu'on ait pris de mauvaises décisions. Mais ce qui est très grave, c'est d'avoir recommandé aux médecins traitants de ne plus venir dans les MR/S (...). Cette pression supplémentaire sur le personnel infirmier pour faire des observations sur le résident, ces responsabilités qu'on leur a imposées en plus, c'était irresponsable. » (Direction de WZC)

8.3.4 Absence de prise en charge mentale

Les personnes âgées ont particulièrement souffert de l'isolement social. Les équipes de soignants se retrouvèrent en première ligne pour rassurer leurs résidents. Le contexte de travail ne fut pas simple, car le personnel de première ligne devait s'adapter à une situation de crise inédite. Il était lui-même exposé au stress et avait besoin de soutien psychosocial.⁶⁵ Certains résidents ont aussi perdu des amis, de la famille, des voisins et ces expériences de deuil dans ces moments ont été traumatisantes tant pour les résidents que pour les soignants.

La plupart des MR/S se sont réjouies par la suite de la mise en place de mesures de soutien. L'Union des villes et communes de Wallonie⁶⁶ (UVCW) a plaidé pour une attention particulière aux patients atteints de troubles cognitifs, qui forment un risque important au niveau de la santé mentale. En effet, l'absence de

⁶⁵ Cf. les études faites par un consortium constitué avec l'aide de Zorgnet Icuuro pour aider les professionnels de santé auprès des professionnels de santé, dont le baromètre disponible sur <https://www.dezorgsamem.be/power-to-care>.

⁶⁶ Avis concernant les résidents confinés en région bruxelloise, Chaire interdisciplinaire de la première ligne : [2607-20200427.-demandeavis_mrs_mrupa_2020.04.24.pdf \(uvcw.be\)](https://www.uvcw.be/2607-20200427.-demandeavis_mrs_mrupa_2020.04.24.pdf).

contact physique risque d'impacter mentalement ces personnes habituées au toucher.⁶⁷ Pourtant, on a souvent manqué de moyens pour apporter aux résidents le soutien psychologique nécessaire.

Verbatim

« Les résidents sont très préoccupés par cela à cause des médias. Ils ont surtout le sentiment que cela n'a pas de fin. Une résidente a éclaté en sanglots quand elle a entendu la nouvelle concernant les vaccins, par simple soulagement. » (Direction de MR/S)

« Nous sommes confrontés à des tentatives de suicide de résidents. Les pouvoirs publics ont fait de leur mieux vis-à-vis [du personnel] de la MR/S, mais vis-à-vis des résidents, on aurait pu en faire plus. » (Direction de MR/S)

8.4 Droit à la liberté

Tout le monde a droit à la liberté et à la sécurité⁶⁸ et 'personne ne peut vous priver sans raison de sa liberté ou la limiter'.⁶⁹ Comme expliqué plus haut, les restrictions doivent être prévues par la loi, être nécessaires et proportionnées. De plus, elles ne peuvent pas être discriminatoires.⁷⁰ Pour les mesures visant à lutter contre la propagation de maladies contagieuses, il est surtout important de savoir :

- si la propagation de la maladie est dangereuse pour la santé publique ou la sécurité publique, et
- si la privation de liberté de la personne contaminée est *l'ultime recours* pour éviter la propagation de la maladie, parce que d'autres mesures moins sévères ont été envisagées et se sont avérées insuffisantes pour protéger l'intérêt général.

Si ces critères ne sont pas (ou plus) remplis, les restrictions de liberté contreviennent aux droits humains.⁷¹

Le concept de restriction de liberté est d'ailleurs interprété de manière large : il couvre aussi le fait d'être placé dans une institution contre sa volonté (placement sous contrainte) ou de ne pas pouvoir en sortir sans autorisation.⁷² La loi prévoit une exception spécifique pour les personnes atteintes de déficience mentale : un placement sous contrainte, par exemple, est alors possible pour protéger la personne contre elle-même ou lorsqu'elle constitue une menace pour d'autres.⁷³

⁶⁷ Voir le site : http://www.senescence.ulg.ac.be/domaine/outil-devaluation-de-la-solitude-des_residents/, outil pour les résidents désorientés.

⁶⁸ Voir e.a. article 5 CEDH, article 12 PDCP, article 12 Constitution belge.

⁶⁹ Art. 5, §1, e) CEDH; art. 12 § 3 PDCP.

⁷⁰ Comité de l'ONU des droits de l'Homme, Observation générale n° 27 (1999); Cour EDH, *Simons c. Belgique* 28 août 2012, N° 71407/10, § 32.

⁷¹ Cour EDH, *Ehorn c. Suède*, 25 janvier 2005, n° 56529/00, § 44.

⁷² Cour EDH, *Stanev c. Bulgarie*, 17 janvier 2012, § 128.

⁷³ Article 2 loi relative à la protection de la personne des malades mentaux; Cour EDH, *Plesó c. Hongrie*, 2 octobre 2012, n° 41242/08.

Élément important : un handicap ne justifie jamais à lui seul la privation ou la restriction de la liberté d'une personne.⁷⁴

8.4.1 Le confinement en institution et/ou en chambre

Si les médias se sont fait largement l'écho de l'interdiction de visite, les résidents eux-mêmes ne pouvaient pas non plus quitter l'établissement. Dans leurs directives adressées aux MR/S, les pouvoirs publics leur ont demandé d'appliquer de larges restrictions dans les périodes où le nombre de contaminations était élevé. Les MR/S ont dû concilier deux principes apparemment opposés la liberté individuelle et la sécurité de la collectivité et ce, au cas par cas, en prenant d'abord en compte la situation de la personne et en s'attachant à apporter une réponse adaptée à sa vulnérabilité éventuelle. Lors de la première vague, les premières décisions limitant cette liberté pouvaient s'expliquer par une situation inédite et l'application extrême du principe de précaution. Le nombre de décès effectifs parmi les aînés dans les MR/S nous a alertés sur les dérives des mesures sécuritaires au détriment des aînés. En pratique, il ressort de nombreux entretiens que ces restrictions ont porté atteinte aux droits fondamentaux.

« Toute mesure restrictive prise à l'égard des personnes privées de liberté pour empêcher la propagation de la Covid-19 devrait avoir une base juridique et être nécessaire, proportionnée, respectueuse de la dignité humaine et limitée dans le temps. Les personnes privées de liberté devraient recevoir des informations complètes sur ces mesures, dans une langue qu'elles comprennent. »

Source : CPT, Déclaration de principes relative au traitement des personnes privées de liberté dans le contexte de la pandémie de coronavirus (Covid-19)

Les personnes qui ne résidaient pas en institution pouvaient aller se promener dehors en petit groupe, faire des courses, etc. Pour les résidents de MR/S, ces possibilités étaient fortement limitées, voire même entièrement supprimées. Dans certaines structures, les résidents non contaminés par le Covid-19 ne pouvaient quitter l'établissement que pour des rendez-vous urgents ou indispensables, comme une visite chez le médecin. Ces sorties étaient souvent assorties de toute une batterie de restrictions.⁷⁵

Le confinement en chambre fut également imposé aux résidents dans une grande majorité de MR/S, conduisant à la suspension des activités et des repas collectifs. Cette règle avait été vivement recommandée aux directions pendant la première vague. Ce confinement en chambre a été particulièrement choquant et perturbant pour les résidents atteints de troubles cognitifs, qui ont eu du mal à comprendre les mesures imposées.

⁷⁴ Article 14 CDPH.

⁷⁵ Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Zorginspectie, WZC: Inspecties (preventie) COVID-19 (2020), février 2021.

Il ressort des entretiens que, par peur du virus et par volonté de suivre strictement les directives des autorités, certaines MR/S sont allées trop loin dans les mesures de restriction des libertés. Les exigences de proportionnalité et de légalité n'ont pas toujours été satisfaites.

Verbatim

« Les gens regrettent de ne pas pouvoir faire une sortie, mais cela vaut pour tout le monde. Tant qu'un résident n'en est pas plus victime qu'un autre, ce n'est pas anormal. Mais c'est encore et toujours à nous de décider de voir quelqu'un, pourquoi en serait-il autrement pour les résidents de MR/S ? Qu'en est-il de tous les plus de 80 ou 90 ans qui vivent chez eux ou dans une résidence-services ? Ils peuvent faire ce qu'ils veulent. » (Direction de MR/S)

« Parfois, des résidents atteints de troubles cognitifs et présentant des symptômes ont été gardés en chambre, avec la porte à moitié ouverte. » (Directeur de MR/S)

8.4.2 Les visites des proches

La liberté de mouvement des visiteurs a également été restreinte dans les MR/S. Les directives des autorités ont imposé une interdiction de visite, avec des exceptions très strictes.⁷⁶ Des assouplissements sont intervenus à la fin de la première vague (fin mai 2020) : les MR/S étaient alors censées rouvrir progressivement leurs portes. Unia a cependant reçu des signalements indiquant que le retour à la normale prenait parfois du temps⁷⁷ : même après la première vague, la plupart des MR/S ont continué à limiter le droit de visite (ex. nombre de visiteurs par semaine, lieu, durée...), avec de fortes différences entre MR/S quant au nombre et au type de restrictions.⁷⁸

Bien que des exceptions étaient prévues, les familles n'y ont pas toujours recouru, par crainte des directions mais aussi parce qu'elles faisaient le choix de ne pas exercer leur droit de visite, préférant ne prendre aucun risque. Des professionnels nous ont ainsi rapporté avoir dû parfois se « substituer » aux familles pour apporter du réconfort et accompagner des résidents en fin de vie. Compte tenu de la détresse de certains résidents fragiles et de leurs familles, certaines directions ont par la suite fait preuve de créativité pour aménager ce confinement afin d'offrir des liens sociaux alternatifs, mais les pratiques ont varié. Les initiatives prises ont en tous cas modestement fait face à l'isolement social et affectif. Finalement, il convient aussi de préciser que certains responsables de maisons de repos ont reconnu avoir fait le choix de ne pas suivre les recommandations lors du confinement et du reconfinement.

⁷⁶ Arrêté du 10 mars 2020 du Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale interdisant les rassemblements de plus de 1 000 personnes, les visites dans les maisons de repos, les maisons de repos et de soins et les voyages scolaires à l'étranger; Besluit van 13 maart 2020 van de Vlaamse Regering tot het nemen van tijdelijke maatregelen om de verspreiding van COVID-19 tegen te gaan; AviQ, Circulaire: Information et consignes à destination des structures d'hébergement agréées (MR-MRS) 13 mars 2020.

⁷⁷ Unia (2020), [Covid-19 : les droits humains à l'épreuve](#).

⁷⁸ Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Zorginspectie, [WZC: Inspecties \(preventie\) COVID-19 \(2020\)](#), février 2021.



Dans un premier temps, l'interdiction de visite était compréhensible vu la gravité et le degré d'urgence de la situation. Mais la pandémie s'est prolongée bien au-delà de ce qu'on avait initialement pensé. Cette longue durée doit dès lors être intégrée dans l'évaluation et se refléter dans les directives des autorités, ce qui a trop peu été le cas. De plus, on a ainsi perdu de vue la voix et la perspective des personnes âgées elles-mêmes. Lorsqu'un résident séjourne encore en moyenne deux ans en MR/S, est-il proportionné de l'empêcher pendant des semaines ou des mois de voir et d'embrasser ses enfants et ses petits-enfants ? Faut-il qu'il fête Noël tout seul dans sa chambre ? Unia regrette que la balance ait trop

penché vers la sécurité, au détriment du bien-être et de la qualité de vie des résidents.

La responsabilité d'élaborer et d'appliquer en pratique un règlement de visites a été pour ainsi dire entièrement laissée à la MR/S elle-même. Cela a constitué pour elle un exercice d'équilibre très difficile qu'elle n'a pas toujours réussi à faire. C'était pourtant aux autorités de rétablir cet équilibre et de veiller à ce qu'il soit respecté dans les MR/S. En soi, la volonté de laisser la MR/S libre d'évaluer elle-même la situation est positive. Mais lorsque qu'il en résulte un règlement de visites trop strict qui se prolonge pendant des mois, les autorités ont la responsabilité d'intervenir.

Verbatim

« La MR/S est une dernière étape dans la vie d'un résident, qui fête peut-être cette année son dernier anniversaire. Et ne pas pouvoir le faire en famille... Il y a des familles qui ont été tristes et furieuses. » (Direction de MR/S)

« Nous avons aussi organisé des visites sur place. On voyait des résidents quasiment mourir s'ils n'avaient plus de contacts. » (Direction de MR/S)

« Ne faisons pas croire que nous, le secteur, n'avons jamais décidé de fermer les portes. Cela donne alors l'impression que ce sont les autorités qui ont à nouveau autorisé les visites. Est-ce que le secteur aurait lui-même décidé de fermer entièrement les portes ? Je ne sais pas. » (Direction de MR/S)

8.5 Interdiction de la torture et de traitements inhumains ou dégradants

Personne ne peut être soumise à des tortures ou à des peines ou des traitements inhumains ou dégradants.⁷⁹ Des traitements inhumains sont de graves souffrances physiques ou psychiques infligées à la victime. Les traitements dégradants consistent entre autres à faire naître des sentiments de peur ou d'infériorité capables 'd'humilier et d'avilir' la victime.⁸⁰

Le mauvais traitement doit atteindre un seuil minimal de gravité pour pouvoir être considéré comme une 'torture' ou un 'traitement inhumain ou dégradant'.⁸¹ Cela dépend des circonstances, comme la durée du traitement, ses conséquences physiques et/ou psychologiques et, dans certains cas, l'âge et l'état de santé de la victime.⁸² Les pouvoirs publics doivent prendre des mesures pour protéger les personnes, prévenir les mauvais traitements et veiller à ce que les violations de ce droit soient examinées et poursuivies.⁸³

Dans certains cas, le recours à des mesures de contention ou à des entraves peut aussi constituer un traitement abusif.⁸⁴ Ces mesures ne peuvent en effet être utilisées envers le résident d'une institution de soins que si celui-ci représente un danger pour lui-même ou pour d'autres.⁸⁵ Elles doivent alors être appliquées conformément aux principes de légalité, de nécessité et de proportionnalité.⁸⁶

8.5.1 Mesures de contention pendant la pandémie

Dans leur description des situations, certains répondants mettent l'accent sur le recours aux mesures de contention prises dans l'intérêt de certains résidents. Des restrictions ou des entraves à cette liberté sont mises en place au nom de la protection de la personne elle-même et des autres résidents contre le virus. Le principe de précaution invoqué dans certaines situations semble prévaloir sur le principe de prévention du risque individuel. Afin de se prémunir des risques, certains gestionnaires ont préféré écarter tout risque de contamination, de chutes, de fugues (pour les personnes désorientées), par des mesures de contention. Ce type de restrictions, bien que partant d'une bonne intention et d'un objectif légitime, pose un véritable problème quant au choix laissé à la personne de prendre des risques.

La question est aussi de savoir si, en pratique, l'utilisation de mesures de contention était proportionnée et si c'était bien la seule option pour garantir la sécurité des résidents. Ce qui est gênant à cet égard, c'est le manque de contrôle (par l'inspection, mais aussi par la famille, par des aidants proches...) dans des cas

⁷⁹ Article 3 CEDH; Convention de l'ONU contre la torture et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants; article 7 PDCP; article 15 CDPH; article 4 Charte des Droits fondamentaux de l'UE.

⁸⁰ A. Reidy, 'Guide sur la mise en œuvre de l'Article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme', Précis sur les Droits de l'Homme, n° 6, Conseil de l'Europe, 2002.

⁸¹ Lorsque le traitement n'atteint pas ce seuil, il est possible qu'il relève malgré tout du droit à la protection de la vie privée (article 8 CEDH), dont fait aussi partie le droit à l'intégrité physique et mentale (voir 6.6.2).

⁸² Cour EDH, *Tekin c. Turquie*, 9 juin 1998, Reports 1998-IV, p. 1517, § 52.

⁸³ Cour EDH, *Assenov e.a. c. Bulgarie*, 28 octobre 1998, n° 24760/94, § 102.

⁸⁴ Cour EDH, *Henaf c. France* (immobilisation d'un détenu âgé en mauvaise santé), 27 novembre 2003; *Mouisel c. France* (détenu âgé menotté à un lit d'hôpital), 14 novembre 2002.

⁸⁵ Cour EDH, *Bureš v. République tchèque*, 18 octobre 2012, n° 37679/08, §95.

⁸⁶ Comité européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements inhumains ou dégradants (CPT), Fiche thématique: [Les personnes privées de liberté dans les établissements sociaux](#), 21 décembre 2020; CPT, [Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes](#), 21 mars 2017.

individuels. De plus, le recours à des mesures de contention n'étant pas prévu par la loi, il contrevient automatiquement aux droits humains. Rappelons d'ailleurs que l'utilisation de telles mesures dans l'aide aux personnes est de toute manière problématique en Belgique d'un point de vue juridique et humanitaire. Il n'existe en effet pas de cadre légal clair et, au sens strict, les mesures de contention violent donc les droits des résidents, même en dehors du contexte du Covid.⁸⁷

Verbatim

« Dans certaines structures, il y a aussi eu le problème de la contention de personnes atteintes de troubles cognitifs, par exemple. Il a fallu choisir entre les immobiliser, par des moyens médicaux ou physiques, ou les laisser circuler, avec le risque de contagion. Nous avons eu l'impression que l'urgence a peut-être fait prendre des mesures trop vite ou trop souvent. Le problème de la contention en MR/S existait bien sûr déjà avant la crise. Le Covid ne leur a pas laissé de choix. » (Direction de MR/S)

8.6 Protection de la vie privée

Plusieurs articles de la Constitution belge protègent notre vie privée.⁸⁸ Au niveau européen, l'article 8 de la CEDH protège le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et de la correspondance. Une ingérence est autorisée si elle est prévue par la loi et si elle est nécessaire :

« à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

Cet article 8 de la CEDH fait l'objet d'une interprétation fort large : il englobe, outre le droit à la vie privée, le droit au développement personnel, à l'autonomie individuelle et à l'intégrité physique et psychologique.⁸⁹ Celui-ci peut s'appliquer dans des cas de traitements abusifs qui n'atteignent pas le seuil minimal de l'article 3 de la CEDH. L'intégrité physique d'une personne est aussi violée en cas de traitement médical sans consentement informé préalable.⁹⁰ Enfin, l'article 8 de la CEDH implique aussi le droit d'assister aux funérailles d'un proche.⁹¹

⁸⁷ Unia et Délégué Général aux Droits de l'Enfant (2014), [Mesures de contention et/ou d'isolement : recommandations générales](#). Voir aussi Vlaamse Ouderenraad (2019), [Advies 2019/2: Over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden](#).

⁸⁸ L'inviolabilité du domicile (art. 15), le droit au respect de la vie privée et familiale (art. 22) et le secret de la correspondance (art. 29). Voir aussi article 17 de la Convention de l'ONU relative aux droits civils et politiques; article 22-23 CDPH.

⁸⁹ Cour EDH, *Pretty c. Royaume Uni*, n°2347/03, § 61.

⁹⁰ Selon la Cour EDH, l'administration forcée de médicaments à un patient psychiatrique peut être justifiée dans certaines circonstances, pour protéger le patient et/ou d'autres personnes, à condition qu'il existe un cadre légal clair et la possibilité d'un recours judiciaire. ECHR, *X c. Finlande*, 3 juillet 2012, n° 34806/04, § 220.

⁹¹ Cour EDH, *Lozovyye c. Russie*, 24 avril 2018, § 31-32.

8.6.1 Droit au respect de la vie privée et de la vie familiale en institutions

Le droit à la vie familiale signifie que les résidents de MR/S doivent pouvoir entretenir des relations avec leurs proches. S'ils ne vivent pas avec leur famille ou leur partenaire, cela signifie surtout le droit à des contacts réguliers. D'une part, le règlement de visites a limité cette possibilité pour les résidents. D'autre part, le cadrage des visites au sein des MR/S était un obstacle. Les modalités proposées dans le cadre du déconfinement ont fait l'objet de « plaintes » de la part des familles auprès des directions : visite dans une salle collective au vu de tous, sous surveillance, distance, plexiglas, terrasse extérieure aménagée empêchant toute intimité, port du masque obligatoire rendant la communication difficile pour des personnes ayant des problèmes sensoriels.

8.6.2 Protection de l'intégrité physique et psychique

Il ressort des entretiens que les personnes âgées n'ont pas toujours pu prendre elles-mêmes des décisions au sujet de leur traitement, et notamment de leur hospitalisation ou non. Parfois, cette décision leur a simplement été communiquée. En outre, les mesures sanitaires ont empêché de continuer à leur prodiguer des soins personnalisés. Mais selon certains répondants, le manque de temps, la pénurie de personnel et le stress ont parfois entraîné des situations plus graves comme le non-remplacement des protections contre l'incontinence pendant plusieurs heures et le manque de temps pour des soins personnels ou pour aider à boire ou à manger. L'impossibilité pour les aidants proches d'accéder à la MR/S a aussi joué un rôle car ils assurent généralement une importante fonction de suivi des résidents. De tels cas constituent indiscutablement des violations des droits des résidents.

8.6.3 Droit d'exercice de culte et accompagnement spirituel

Dès le début de la crise, des mesures⁹² ont également été prises pour interdire toute activité/tout exercice du culte afin de limiter la propagation du virus. Ces interdictions constituent des restrictions à la liberté garantie par l'article 19 de la Constitution et ont porté atteinte au processus d'accompagnement de fin de vie et au respect des dernières volontés des résidents. Les directions de MR/S ont évoqué à ce sujet des expériences douloureuses pour accompagner la fin de vie de leurs résidents. L'application des directives quant à l'exercice d'offices religieux et de rites funéraires ne fut pas simple pour elles, tant sur le plan éthique que professionnel. Dès le premier confinement, les résidents ont été privés d'offices religieux. Mais ce qui posa un véritable problème pour les gestionnaires et le personnel soignant, c'est d'avoir été témoin de fins de vie difficiles sans accompagnement, de départs dans la solitude. Certains racontent avoir été témoins de corps ne pouvant bénéficier ni de soins funéraires, ni de toilette mortuaire par crainte de propager le virus.

⁹² Arrêté ministériel du Ministre de l'Intérieur du 23 mars 2020 qui stipule que « les activités des cérémonies religieuses » sont interdites jusqu'au 5 avril 2020. Cet Arrêté sera prolongé jusqu'au 20 avril 2020. On notera par la suite l'Arrêté ministériel de décembre 2020 de la Ministre Verlinden avec de nouvelles limitations de l'exercice collectif du culte (15 personnes maximum) suite à un avis du Conseil d'Etat. Celui-ci ordonnant à l'Etat belge de modifier le régime limitant l'exercice du culte (Arrêt du 8 décembre 2020).

Bien que les contraintes sanitaires étaient très fortes, certains ont souligné la nécessité d'accompagnement (qu'il soit spirituel ou pas), et ont alors autorisé des visites aux défunts avec des gestes barrières/protections maximales.⁹³ Les familles ont vécu l'aggravation de l'état de leur proche de manière rapide et imprévue pendant la première vague. Beaucoup de familles n'ont pas vu les corps et la séparation n'a pas eu lieu.⁹⁴

Verbatim

« Nous avons été témoins de corps directement déposés dans des housses, des mises en bière immédiates et une fermeture du cercueil sans présentation à la famille (...). » (Directeur d'une MR/S)

« Il faut agender les questions éthiques, il ne faut pas obéir juste à des règles. L'enjeu, ce sont les questions éthiques, énormément de questions éthiques telles que la démence, la contention, la fin de vie. 50 % de la population de la maison de repos est d'origine non belge. La période Covid n'a pas permis un accompagnement de la mort (toilettes mortuaires par le personnel) et pour le personnel, les rituels sont aussi une manière de faire son deuil. » (Directeur d'une MR/S)

8.7 Contrôle et procédures de plainte

Pour veiller au respect effectif des droits humains, il est important qu'il y ait aussi bien des mécanismes de contrôle que la possibilité pour les résidents et leurs proches de déposer plainte en cas de violation éventuelle de ces droits. Toute personne qui estime que l'un de ses droits de patient n'a pas été respecté peut s'adresser au service de médiation de l'hôpital.⁹⁵ Si le praticien ne travaille pas dans un hôpital (ex. médecin généraliste, dentiste...), on peut se tourner vers le Service fédéral de Médiation "Droits du Patient".

Les différents services d'inspection des pouvoirs publics (Vlaamse Zorginspectie, Iriscare, AViQ) assurent l'inspection préventive et l'examen des plaintes sur les établissements dans le secteur des soins résidentiels pour personnes âgées.⁹⁶ En cas de plainte concernant une MR/S, on peut aussi prendre contact avec l'inspection ou une autre agence compétente :

- Flandre: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, Woonzorglijn, Vlaamse Ombudsdienst⁹⁷ ;
- Bruxelles: Iriscare et Home-Info vzw/Inforhomes asbl ;
- Wallonie : Service Audit et Inspection de l'AViQ, le bourgmestre.

⁹³ Heureusement, les règles ont été assouplies par la suite dans le cadre des obsèques pour les offices/cérémonies.

⁹⁴ Voir à ce sujet, les récits de la philosophe et éthologue belge Vinciane Despret, enseignante à l'université de Liège : « Au bonheur des morts ». Elle y aborde les difficultés du deuil en temps de coronavirus.

⁹⁵ Art. 11 Loi sur les Droits du Patient.

⁹⁶ Pour un aperçu par région, voir <https://home-info.be/inspectiediensten/>

⁹⁷ Le Service flamand de Médiation a été désigné comme médiateur local par certaines administrations locales.

Enfin, des services d'écoute et de lutte contre la maltraitance sont aussi des espaces où les résidents peuvent faire valoir leurs droits : Brussels Meldpunt Ouderenmis(be)handeling et Écoute Seniors pour Bruxelles,⁹⁸ Asbl Senoah et Respect Seniors pour la Wallonie et le numéro 1712 pour la Flandre. Enfin, le résident peut aussi déposer plainte auprès de la MR/S elle-même en recourant à la procédure interne de plainte ou en passant par le conseil des résidents.

8.7.1 Contrôle pendant la pandémie

Depuis le déclenchement de la pandémie de Covid-19, les services d'inspection se sont surtout concentrés sur le soutien aux établissements et ont ensuite suivi la manière dont ils s'armaient contre une deuxième vague. En juillet 2020, l'Inspection flamande a entamé une tournée de contrôle, mais l'accent était surtout mis sur la politique de prévention des infections.⁹⁹ Une inspection attentive au bien-être des résidents était pourtant indispensable au vu de l'impact des mesures sanitaires sur les droits des résidents.

Comme nous l'avons déjà signalé à plusieurs reprises, les restrictions des droits humains doivent répondre à un critère de proportionnalité. Il nous semble que cette exigence de proportionnalité n'a pas toujours été remplie (ex. règlement de visites trop restrictif, isolement en chambre, etc.). Lors des assouplissements, les pouvoirs publics ont confié cette évaluation à la MR/S elle-même, mais la question se pose de savoir si c'est bien responsable.

Il est clairement ressorti des entretiens qu'une trop grande marge d'appréciation a été laissée aux établissements. C'est aux pouvoirs publics de jouer leur rôle et de contrôler l'application des mesures dans la pratique. Ils ne l'ont pas suffisamment fait. Si de nombreuses MR/S ont très bien réagi, un contrôle externe est primordial en cas de dérive pour garantir les droits des résidents.

De nombreux répondants ont aussi évoqué des problèmes structurels dans les services d'inspection, comme un manque de moyens d'action. D'une part, le personnel de ces services est insuffisant et, d'autre part, les normes de contrôle ne prennent pas (suffisamment) en compte la qualité des soins, le bien-être et les droits des résidents. De plus, les mesures que les inspecteurs peuvent prendre sont très limitées et touchent principalement les résidents eux-mêmes (p. ex. fermeture de l'établissement). Les entretiens ont aussi mis en évidence l'impact limité de la référence aux droits humains dans la réglementation : il n'est pas possible de faire valoir directement ces droits et leur portée reste très vague dans la pratique.

Verbatim

« L'inspection fonctionne avec des normes quantitatives et met peu l'accent sur la qualité. Elle est très bonne pour vérifier l'hygiène, etc., mais pas la dignité humaine (...) ». (Directeur MR/S)

⁹⁸ Meldpunt Ouderenmis(be)handeling fait partie de [Home-Info vzw](#) et Écoute Seniors fait partie de son homologue francophones, [Infor-Homes asbl](#).

⁹⁹ Vlaanderen, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2021), WZC: Inspecties (preventie) COVID-19 (2020).

« L'avertissement qui risque d'amener à la fermeture de l'établissement qu'on n'active presque jamais, étant donné les conséquences graves sur le plan humain. » (chercheur académique)

8.7.2 Plaintes pendant la pandémie

Tant le personnel des MR/S que les résidents et leurs proches avaient besoin d'un point de contact accessible pour adresser leurs questions et leurs plaintes, mais les instances existantes se sont vite montrées débordées.

En Flandre, la Woonzorglijjn a reçu 292 plaintes liées au Covid entre mars et octobre 2020. La majorité d'entre elles concernaient le règlement de visites, mais il y avait aussi des plaintes à propos de l'utilisation de moyens de protection personnels et la limitation des sorties. On a fait appel à l'Inspection pour seulement 4 de ces 292 plaintes.¹⁰⁰

En Wallonie, l'AViQ a reçu 185 plaintes de résidents de MR/S et de leurs proches entre le 20 avril et le 25 septembre 2020 alors que le chiffre 'normal' se situe entre 150 et 200 plaintes par an.¹⁰¹

Quant à Iriscare à Bruxelles, il a reçu, entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2020, 32 plaintes, dont 24 avaient un lien direct avec le Covid-19.¹⁰²

Verbatim

« Le traitement des plaintes : c'est une fonction que les pouvoirs publics n'assurent pas bien. Quand ils reçoivent une plainte, ils la formulent de manière plutôt agressive. Pourquoi ne pas collaborer à une solution avec la MR/S et le citoyen au lieu de prendre position ? Pour une plainte anonyme, il y a par contre une bonne manière de procéder, mais il y a des circonstances exceptionnelles. Ni l'auteur de la plainte, ni la MR/S ne trouve une réponse auprès des pouvoirs publics. » (Direction de MR/S)

9 Éléments de conclusion

Durant la pandémie, les personnes âgées en MR/S ont couru un plus grand risque de violation de leurs droits et libertés, en raison des besoins de soins importants de nombreux résidents, de la vie dans une structure collective, mais aussi du manque d'intérêt pour leurs besoins et leurs droits en tant que citoyens à part entière et égaux aux autres. On peut attendre des pouvoirs publics, lorsqu'ils prennent des mesures de crise, qu'ils soient particulièrement attentifs aux publics vulnérables.¹⁰³ Or, on constate que les personnes âgées en MR/S ont particulièrement souffert.

¹⁰⁰ Vlaams Parlement, [Antwoord van Minister Wouter Beke](#) à la question n° 14 du 1^{er} octobre 2020.

¹⁰¹ L'avenir, ['Près de 220 plaintes relatives aux maisons de repos en Wallonie et à Bruxelles'](#), 16 novembre 2020.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Voir aussi Unia (2020), [Covid-19 à l'épreuve des droits humains](#).

9.1 Un grave impact sur les droits humains en MR/S

La pandémie de Covid-19 et les mesures restrictives constituent une menace pour plusieurs droits humains, à commencer par le droit à la vie et le droit à la santé. Cette pandémie met en évidence la façon dont les droits humains sont interdépendants, tout en reflétant des tensions entre eux, les difficultés de les concilier et de les équilibrer. La liberté de mouvement est l'un des droits les plus clairement affectés par les mesures belges de réponse à la pandémie. Les limitations de la liberté d'aller et venir devraient se fonder sur un principe de prévention individuelle du risque et non sur un principe de précaution générale. Une fois ce risque objectivement identifié et évalué, des réponses concrètes visant à préserver l'exercice de la liberté d'aller et de venir devraient être recherchées avec la participation de la personne et de sa famille et/ou de son entourage qui partage le risque.

Certains répondants ont attiré notre attention sur le fait que la situation d'un résident ne doit pas s'analyser seulement selon une approche purement médicale, mais plutôt à partir de l'évaluation de ses capacités. Ils sont d'avis que les difficultés motrices, sensorielles, cognitives ou mentales ne doivent pas conduire à une restriction systématique de la liberté d'aller et de venir, mais qu'elles ont une influence sur son exercice. Le projet de vie d'un résident, même quand l'état de celui-ci est initialement altéré ou le devient sévèrement, doit plutôt tendre vers le soutien et l'accompagnement (pas l'exclusion). Il doit en tout cas tendre vers le maintien de la participation à des activités sociales.

Il aurait été souhaitable - même en période hors Covid-19 - qu'en termes de droits humains, les restrictions apportées à l'exercice de la liberté au motif des règles de vie collective laissent place à la possibilité pour les personnes de prendre certains risques, si elles le souhaitent, de prendre part à des activités qui maintiennent leurs liens avec la vie sociale, comme les repas, les visites, les sorties, etc.



Dans le contexte Covid-19, les restrictions de liberté en lien avec une prise de décision autonome et autodéterminée ont pris différentes formes et font fi du consentement et donc du droit du résident. Les limites imposées remettent en cause les singularités des résidents, établissent des ruptures avec les principes du contrôle de soi et de sa vie et marquent, l'entrée de l'âgisme dans les décisions publiques.

9.2 Manque de responsabilité des pouvoirs publics, trop grande marge laissée aux MR/S

Les pouvoirs publics ont essentiellement confié aux MR/S elles-mêmes la responsabilité de l'application des mesures restrictives. Des directives non contraignantes ont été édictées, demandant à la MR/S d'évaluer elle-même le critère de proportionnalité.

La gravité de la situation, la peur et le manque de moyens et de personnel ont cependant généré des mesures trop strictes et, par conséquent, des violations des droits des résidents. De plus, les directives n'ont pas été assez attentives aux droits humains des résidents et aux obligations qui résultent de la réglementation en vigueur sur l'aide aux personnes âgées, alors qu'elles ont continué à s'appliquer pendant la pandémie.

Les pouvoirs publics auraient dû affirmer plus clairement dans leur communication que les mesures sanitaires ne pouvaient pas porter atteinte à ces droits et à ces devoirs. Ils auraient aussi dû contrôler effectivement et efficacement l'application des directives et l'évaluation de la proportionnalité des mesures dans la pratique.

9.3 Défis spécifiques dans un cadre collectif

Des gestionnaires de maisons de repos ont expliqué que la liberté d'aller et de venir était déjà limitée pour des raisons organisationnelles avant même le Covid-19. En effet, l'organisation interne des maisons de repos est souvent avancée pour justifier des restrictions de cette liberté (horaires des soins, horaires des visites, horaires des repas, etc.). Le cadre collectif ainsi que le contexte sanitaire ne devraient pas justifier à eux seuls des limitations systématiques si la maison de repos est bien le lieu de vie de la personne âgée. Le projet de vie devrait rester la préoccupation essentielle et tenir compte des besoins du résident. Ainsi, l'épisode Covid-19 nous démontrera à travers les situations recueillies lors des entretiens de la nécessité et l'urgence de protéger davantage les droits des résidents. Il faut en effet une véritable mise en œuvre effective de ces droits dans les lieux de vie collectifs.

9.4 Extension de problèmes structurels

Cette crise a mis en lumière encore d'autres obstacles structurels majeurs auxquels les MR/S font face depuis longtemps : financement insuffisant, manque de coordination entre le secteur de la santé et le secteur des soins de longue durée, reconnaissance insuffisante accordée aux travailleurs réalisant ces soins, etc. Il est urgent d'oser la réflexion sur les aspects structurels qui consistent à repenser le modèle même des MR/S à partir des meilleures innovations et expérimentations, en vue d'offrir un service centré sur les besoins des résidents et des professionnels. Il s'agit de renforcer les MR/S dans leurs efforts qui visent à créer dans ces établissements un mode de vie se rapprochant le plus possible de l'environnement

antérieur de la personne, à savoir un lieu résidentiel porté par trois types de qualité qui se complètent et qui s'influencent : la qualité de vie des résidents, la qualité des soins et la qualité des services. La gouvernance et le financement des MR/S devront également être réinventés pour s'adapter à ces nouvelles exigences. Cette crise a d'autre part montré l'importance et la place à donner au « care » dans les choix des interventions publiques. Il est indispensable d'intégrer ce concept et d'envisager des politiques publiques prévoyantes afin de mettre en œuvre des pratiques, des règles, des normes de santé publique équitables et durables, qui permettront aux résidents des MR/S d'avoir une vie conforme à leurs droits humains et à leur dignité humaine.¹⁰⁴

9.5 La voix des seniors n'a pas été entendue

Les termes de participation et d'autonomie ont traversé nos échanges avec les participants. Ils se réfèrent au libre arbitre de la personne et considèrent que ces deux notions sont à prendre en compte pour répondre au mieux aux besoins des résidents des MR/S. Elles présupposent la capacité de choisir et la liberté d'agir. Il s'agit pour le résident de refuser ou d'accepter en fonction de son propre jugement. A ce propos, certaines questions se posent : la situation particulière des résidents des MR/S a-t-elle été similaire au confinement des Belges en général ? Est-ce que nous sommes tous égaux face au respect de la vie en communauté et du bien-être collectif ? Dans son rapport, le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique déclare que « le premier aspect éthique de la gestion de la crise a trait à l'égalité de traitement ou plutôt à l'inégalité de traitement dont les personnes résidant en maison de repos ont été victimes, non seulement par rapport à la population générale mais également par rapport aux personnes âgées vivant à domicile » (Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, 2021, 20).¹⁰⁵

Ce qui est imposé par les mesures Covid-19 est une forme de survie, rabaisant la qualité de vie. Mais est-ce que la priorisation automatique et non questionnée de la vie biologique, sans tenir compte du souhait personnel des résidents, n'est pas dictée par des stéréotypes qui nous autorisent à « parler au nom de... », infantiliser les résidents des MR/S, les considérer comme des mineurs, leur imposer des règles spécifiques ? Les mesures Covid ont permis de placer la vie et la santé au-dessus de la qualité de la vie des résidents, sans leur donner la parole et sans leur donner le droit au risque.

¹⁰⁴ Voir aussi Molinier P., Laugier S., Paperman P. (2009), 'Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité', Petite Bibliothèque Payot, p. 37.

¹⁰⁵ « D'après l'avis n° 78 du juin 2021 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à consulter sur www.health.belgium.be/bioeth».
[210609_avis_78_egalite_de_traitement_et_autonomie_personnes_residant_en_mrs.pdf](http://www.health.belgium.be/bioeth/210609_avis_78_egalite_de_traitement_et_autonomie_personnes_residant_en_mrs.pdf) (belgium.be)

Dans tous les cas, toute restriction des droits humains des résidents des MR/S, doit répondre aux principes de légalité, de nécessité et de proportionnalité. L'ensemble des mesures prises n'ont à aucun moment requis le consentement des résidents et de leurs familles. Le confinement en chambre a été imposé sans leur accord, parfois sous la contrainte avec le recours de la contention. La conciliation entre la sécurité sanitaire et la liberté d'aller et de venir appelle à une meilleure adéquation et équilibre entre la volonté de sécurité et prises de risques pour les aînés. La liberté d'aller et venir étant un principe fondamental, sa limitation doit être étudiée au cas par cas, permettre éventuellement une prise de risque. De façon générale, il faut privilégier l'aspect relationnel et humain à un recours à des moyens strictement techniques pour respecter la dignité de la personne.

10 Recommandations

Dans ce rapport, nous ne voulons bien entendu pas seulement exposer les défis, mais aussi proposer des possibilités d'action aux pouvoirs publics. C'est ce que nous ferons dans ce chapitre en formulant une série de recommandations en vue de mieux respecter, protéger et mettre en pratique les droits humains dans le secteur des soins résidentiels.

Nos recommandations sont principalement basées sur celles que des MR/S, des organisations de personnes âgées et des experts ont exprimées dans les entretiens. Nous voulons en effet veiller à ce que leur expertise et leurs expériences soient reflétées et prises en compte.

Comme nous l'avons dit, les défis dans les MR/S avaient trait aussi bien au Covid-19 qu'à des problèmes structurels préexistants qui ont pris davantage d'ampleur ces derniers mois. C'est pourquoi les recommandations portent sur la situation particulière pendant la pandémie, mais aussi sur des aspects plus structurels des soins résidentiels, et ce tant à court qu'à moyen et à long terme. Ces recommandations sont commentées à la section 10.1. Par ailleurs, des facteurs sociétaux, extérieurs aux soins résidentiels, ont aussi eu un impact important sur les droits des résidents. Ces recommandations plus globales sont commentées à la section 10.2.

Les recommandations ci-dessous concernent parfois plusieurs niveaux de pouvoirs à la fois. Afin d'identifier les destinataires, nous mentionnerons sous chaque recommandation générique, les niveaux de pouvoir concernés.

10.1 Recommandations spécifiques aux MR/S

Les recommandations spécifiques aux MR/S concernent de manière générale la place du résident dans l'institution, l'accompagnement de son projet de vie et des soins, le fonctionnement de l'institution et la mise en œuvre effective des droits du résident. Des actions et des investissements suffisants sont nécessaires sur différents plans et à différents niveaux : ce n'est pas un choix entre l'un ou l'autre.

Il est important de renforcer la participation des résidents des MR/S afin de préserver et maintenir leur dignité et leur autonomie. En institution, il faut assurer une qualité de vie et de bien-être en prenant en compte l'ensemble des besoins des résidents à travers leur projet de vie. Le personnel doit être formé de manière adéquate pour s'occuper des personnes âgées et doit recevoir le soutien nécessaire pour fournir des soins de qualité. Il est également important de sensibiliser le personnel aux droits des personnes âgées. Il faut intégrer des nouveaux profils et tenir compte de la pénibilité du travail, et améliorer les conditions de travail des professionnels en leur offrant un soutien psychologique et un renforcement de la formation de base ou continue. Enfin, le renforcement du rôle de l'inspection des soins est essentiel pour la protection des droits de l'homme dans les MR/S, de même que des procédures de plainte efficaces et un monitoring préventif.

10.1.1 Renforcer l'autonomie et la participation des résidents des MR/S

Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Garantir que le résident soit acteur de son quotidien au sein de l'institution et non pas unilatéralement objet de soin et d'assistance.
 - Favoriser la démarche participative afin de garantir l'expression directe des résidents grâce à une information par des moyens adaptés.
 - Évaluer le fonctionnement des conseils consultatifs des résidents et assurer un suivi de cette évaluation.
 - Mettre en place des dispositifs pour s'assurer de la prise en considération des besoins des résidents ayant des troubles cognitifs.
 - Investir dans la recherche et le développement d'outils supplémentaires pour accompagner et communiquer avec les personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, avec une attention particulière pour identifier la « volonté et les choix » de la personne âgée.
 - Intégrer dans les activités des MR/S de manière systématique et structurelle des ateliers « groupes de parole » animés par des professionnels externes, impliquant les résidents et le personnel.
 - Favoriser l'inclusion numérique en développant un plan de formation des professionnels et des résidents.
- Organiser régulièrement des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leur famille.

10.1.2 Renforcer le soutien des professionnels et leur formation

Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

Communauté flamande et Fédération Wallonie-Bruxelles pour formation initiale des professionnels

Les Régions pour formations continuées des professionnels

- Accroître la norme minimale légale concernant le nombre de membres du personnel soignant dans les MR/S pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement du résident. La dynamique doit être axée sur la qualité.
- Investir dans des profils supplémentaires dans les MR/S (travail interdisciplinaire).
- Mettre une structure permanente de soutien psychologique à disposition du personnel des MR/S.
- Mettre à disposition des MR/S un appui par des équipes d'intervention rapide, mobiles de préférence, avec une formation spécifique en gériatrie et en soins palliatifs, afin de prévenir et de réduire le nombre des hospitalisations.
- Mettre en place une « cellule de soutien éthique » auprès des professionnels des MR/S afin de les accompagner dans la définition pratique de leurs priorités en matière de soins, conforme aux droits humains des résidents (en lien avec les questions de choix individuels thérapeutiques et/ou fin de vie).
- Veiller à ce que tout le personnel et les bénévoles des MR/S soient davantage formés :
 - à la prestation en matière de lutte anti infectieuse, y compris l'utilisation des équipements de protection individuels, les mesures d'hygiène des mains, le nettoyage et la désinfection des objets et des espaces, la gestion des déchets.
 - Sur la maltraitance, la fin de vie, les nouvelles pathologies, les profils de personnes désorientées, etc.
 - Aux droits des personnes âgées dans les MR/S, y compris une clarification des dispositions relatives aux droits humains explicitement mentionnées dans les normes pertinentes et leur application dans la pratique, même en situation d'urgence.
- Mettre en place un mécanisme de partage des bonnes pratiques entre les MR/S afin d'améliorer les pratiques professionnelles, en situation de pandémie et en tout temps.

10.1.3 Faire des MR/S un véritable « lieu de vie »

Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Intégrer les MR/S dans la vie locale en créant des partenariats avec les acteurs locaux.
- Mettre en place « un comité d'acteurs locaux » pour entretenir, consolider les relations entre les MR/S et leur environnement (hôpitaux, écoles, maisons de jeunes, maisons médicales, etc.).
- Assurer et renforcer la collaboration entre le social, le médico-social et le sanitaire dans le suivi des résidents.
- Investir dans une offre diversifiée de logements et de soins de longue durée pour les personnes âgées.

- Mettre en place une stratégie nationale en matière de soins dans les MR/S qui mette l'accent sur des soins axés sur la personne afin de répondre aux besoins physiques, psychosociaux et spirituels des personnes âgées.
- Encourager et soutenir les MR/S en vue d'éliminer les contraintes architecturales et procéder aux aménagements raisonnables afin de permettre aux résidents de se mouvoir de manière autonome.

10.1.4 Renforcer l'inspection et le monitoring des droits humains

Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Procéder à des contrôles structurels de l'application des réglementations en vigueur, et en particulier du droit de visite, au sein des MR/S pendant et après la pandémie, avec une attention particulière au bien-être et à la qualité de vie des résidents.
- Veiller à et inspecter la mise en œuvre des orientations sur la lutte anti-infectieuse dans les MR/S ; veiller à ce que les institutions qui livrent des accréditations assurent une surveillance des MR/S afin d'anticiper de futures pandémies.
- Renforcer la capacité de l'inspection des soins de santé de manière structurelle et lui allouer les ressources nécessaires à cet effet.
- Évaluer les critères d'évaluation actuels de l'inspection des soins de santé et élaborer des critères supplémentaires en accordant une attention particulière au bien-être, à la qualité des soins et à la qualité de vie des résidents.
- Dissocier les inspections relatives à la qualité des soins et les aspects techniques et mettre en place un « pool d'inspecteurs » dédié à l'inspection de la qualité de soins et au respect des droits des résidents dans les MR/S.
- Évaluer l'application et les effets des possibilités de sanctions actuelles des services de l'inspection et les compléter éventuellement par des mesures supplémentaires.
- Prévoir dans les normes d'agrément que les MR/S doivent mener une politique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et ajouter des conditions supplémentaires dans le cadre du recours à la contention et de l'isolement des résidents.
- Inclure l'obligation de préciser dans le règlement intérieur les circonstances dans lesquelles les droits des résidents peuvent être restreints, conformément à la législation applicable.
- Investir dans un contrôle préventif supplémentaire, complémentaire aux mécanismes de plainte, d'inspection et de sanction en instituant un Mécanisme National de Prévention (OCPAT).



Mécanisme national de Prévention

Le Protocole optionnel à la **Convention de l'ONU contre la torture** (OPCAT) oblige les États signataires à instituer un **mécanisme national de prévention**, qui est chargé d'effectuer un contrôle préventif dans tous les lieux où des personnes sont privées de leur liberté. La Belgique a signé ce Protocole, mais ne l'a pas encore ratifié. Dès que ce sera fait, elle devra aussi créer un mécanisme national de prévention.

10.1.5 Traitement efficace des plaintes en interne

Communauté flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Soutenir les MR/S dans l'élaboration et l'évaluation régulière d'une procédure interne de plaintes efficace.
- Encourager les MR/S à développer une culture organisationnelle qui stimule le dialogue, avec un espace pour la réflexion, la discussion des cas, l'expression de ses propres frustrations, etc.
- Renforcer les lieux d'écoute permettant d'accueillir les témoignages et traiter les plaintes des résidents ou de leurs proches.
- Investir dans de bonnes relations entre le personnel et les résidents. Par exemple, associer un membre du personnel à chaque personne âgée, ou désigner une personne de confiance au sein de l'institution.
- Ajouter aux normes d'agrément l'obligation pour les MR/S de créer un service de médiation indépendant au sein de la MR/S, compétent pour recevoir et traiter les plaintes (cf. services de médiation des hôpitaux).
- Ajouter aux normes d'agrément la désignation d'une personne de référence pour la maltraitance dans chaque MR/S (cf. la personne de référence démence).¹⁰⁶
- Renforcer la capacité des administrations pour leurs missions de traitement des plaintes et leurs fournir les ressources nécessaires à cet effet.
- Garantir la protection des « divulgateurs » /informateurs.

¹⁰⁶ Depuis 2010, financement par l'INAMI d'un membre du personnel d'un MR/S qui assume le rôle de « référent-démence ».

10.2 Recommandations globales

Les droits des personnes âgées en général, et des résidents de MR/S en particulier, sont aussi influencés par divers facteurs sociétaux et politiques qui vont au-delà des soins résidentiels et qui méritent toute l'attention nécessaire. Ainsi, 'l'âgisme' et la discrimination relative à l'âge constituent d'importantes causes sous-jacentes de la violation des droits des personnes âgées.

L'âgisme reste profondément ancré dans notre société et se manifeste (parfois inconsciemment) dans la politique et dans nos interactions quotidiennes avec les personnes âgées.¹⁰⁷ Il est dès lors essentiel de s'attaquer activement aux préjugés envers les personnes âgées et de combattre les discriminations. Par ailleurs, il faut améliorer la visibilité et la participation des personnes âgées à la politique. Une critique fondée et fréquemment émise durant la pandémie est que leur voix n'a pas été suffisamment entendue.

Enfin, l'inclusion des personnes âgées et la protection de leurs droits exigent aussi une évaluation et une réforme du paysage juridique. Les pratiques institutionnelles se veulent sécurisantes, souvent au détriment des droits et des libertés des patient ou résidents. Il est donc primordial de veiller à ce que le cadre protège suffisamment les droits humains.



¹⁰⁷ Pour une analyse détaillée, voir OMS (2021), [Global Report on Ageism](#).



Qu'est-ce que 'l'âgisme' ?

L'âgisme désigne :

- des préjugés relatifs aux personnes âgées, à la vieillesse et au processus de vieillissement, dont l'attitude des personnes âgées envers elles-mêmes,
- des pratiques discriminatoires envers les personnes âgées et
- des pratiques institutionnelles et des lignes politiques qui perpétuent les stéréotypes au sujet des personnes âgées, réduisent leurs chances de bonheur et sapent leur dignité personnelle.

C'est une intolérance vis-à-vis d'un groupe, au même titre que le racisme, le sexisme. Mais il se distingue d'eux parce que nous en sommes moins conscients, que l'âgisme reste très accepté dans la société et qu'il ne fait pratiquement pas l'objet de sanctions (sociales). Exemples d'âgisme :

- parler à une personne âgée comme si on parlait à un enfant,
- considérer qu'une personne âgée n'a plus besoin d'un partenaire affectif ;
- penser qu'une personne âgée n'a plus sa place à l'université.

10.2.1 Lutter contre l'âgisme et la discrimination sur base de l'âge

Régions et Communauté germanophone et Institutions de lutte contre les discriminations

Communauté flamande et Fédération Wallonie-Bruxelles pour lutte contre les stéréotypes dans les médias

- Lancer une campagne pour lutter contre l'âgisme, les stéréotypes et préjugés liés à l'âge et informer sur les droits des personnes âgées.
- Améliorer la visibilité des personnes âgées et lutter contre les stéréotypes dans les médias.
- Former les acteurs publics et professionnels sur les droits des personnes âgées et l'âgisme.
- Mettre en place un dialogue public sur l'avenir du vieillissement, mettant le focus sur les contributions des personnes âgées.
- Diffuser les bons exemples et bonnes pratiques des MR/S en lien avec la qualité de vie et les droits humains des résidents.

10.2.2 Prise en compte des droits des personnes âgées dans les politiques

Région flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Renforcer la participation des personnes âgées par l'élaboration de toutes les mesures législatives et politiques en consultant leurs organisations représentatives, et garantir cette participation également dans les situations de crise.
- Établir une structure de gouvernance transparente qui donne une large place à la concertation avec les différents acteurs publics, associatifs, privés et surtout avec les usagers et leurs proches.
- Mettre en place des structures de coordination interfédérale réunissant les représentants des gouvernements et des autorités pour minimiser le risque de dispersion des efforts et de réponses fragmentaires.
- Promouvoir la recherche en s'appuyant sur les leçons tirées de la pandémie de Covid-19 afin de comprendre et de remédier aux faiblesses du système de soins et de l'accompagnement des personnes âgées, y compris les résidents dans les MR/S.

10.2.3 Renforcer le cadre juridique

Niveau Fédéral, Région flamande, Région wallonne, Région bruxelloise et Communauté germanophone

- Évaluer la Loi de 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et la modifier pour protéger les personnes âgées souffrant d'un handicap cognitif et prévenir les admissions forcées dans le secteur des soins, conformément au cadre international et européen des droits de l'homme applicable.
- Améliorer l'application de la législation existante qui protège les droits des personnes âgées dans la pratique, à la fois par un contrôle efficace et par une sensibilisation élargie aux droits des personnes âgées.
- Élaborer un cadre normatif complet pour le recours à la contention et l'isolement dans les MR/S conformément au cadre international et européen des droits humains applicable.
- S'engager pour l'adoption d'une Convention internationale en faveur des personnes âgées placée sous l'égide de l'ONU.

Unia plaide pour une convention internationale des droits humains des personnes âgées

Plusieurs rapports d'études ont mis en lumière, il y a une dizaine d'années, les insuffisances du cadre international des droits humains pour les personnes âgées. C'est pourquoi l'ONU a mis sur pied en 2014 un groupe de travail qui se penche sur le contenu d'une convention sur les droits humains des personnes âgées. L'objectif d'une nouvelle convention est de préciser comment les droits humains s'appliquent aux personnes âgées.

Quelle est la plus-value d'une convention de l'ONU ?

La convention est importante sur le plan juridique parce qu'elle a un caractère contraignant. Elle impose des obligations à chaque pays qui la signe et la ratifie. Certains droits tirés de la convention ont un effet direct et on peut donc s'adresser au tribunal pour les faire respecter. D'autre part, les pouvoirs publics sont aussi tenus de faire rapport à l'ONU quant à l'application de la convention.

Une convention de l'ONU irait de pair avec la constitution d'un Comité de l'ONU des droits des personnes âgées qui peut recevoir des plaintes individuelles concernant des violations de la convention. De plus, une telle convention exige la création d'un mécanisme national indépendant chargé de promouvoir, de protéger et de suivre la mise en œuvre de la convention. Ce mécanisme fait rapport à propos de l'application de la convention en Belgique auprès du Comité de l'ONU, qui interroge à son tour les pouvoirs publics à ce sujet et formule des recommandations.

Une convention de l'ONU a également une importante plus-value au niveau sociétal. Elle rend plus visibles les droits des personnes âgées et peut être utilisée comme un outil pour sensibiliser aussi bien le grand public que des acteurs politiques et professionnels et pour combattre 'l'âgisme'.

11 Références

Amnesty International Belgique (2020), Les maisons de repos dans l'angle mort. Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie Covid-19 en Belgique. Bruxelles: Amnesty International.

Arnoudt, R. (2020, 28 december), Iemand van 96 vaccineren weggegooid geld? Zo'n uitspraak is een beschaving onwaardig', vrt NWS.

Artsen zonder Grenzen (2020, 11 april), We helpen het personeel in de woonzorgcentra: Ze gaan naar de oorlog zonder wapens'.

Baert, V., Duppen, D. (2020, 25 mai), Ageism: Ouderen zijn slachtoffer van discriminatie, stereotypen en vooroordelen, sociaal.net.

Beel, V. (2020, 29 oktober), Zorg in ziekenhuis weigeren op basis van leeftijd mag niet', De Standaard.

Berdai, S. (2020, 4 juni), Voorbij het applaus: durven we na corona kiezen voor een echte zorgende samenleving? Knack.

Carreau, M. Le Goff, A. (2010) ,Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care, Paris : PUF.

Charmillot, M. Seferdjeli, L. (2002), 'Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet. Dans Saada-Robert, M. en Leutenegger, F. (Eds.), Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation (pp. 187-203). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

College voor de Rechten van de Mens (2016), De cliënt centraal: De betekenis van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen. Utrecht: College voor de Rechten van de Mens.

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (2020), Aspects éthiques relatifs à la priorisation des soins en période de Covid-19: Recommandation du 21 décembre 2020 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique.

Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique (2021), Avis n° 78 du 9 juin 2021 concernant l'égalité de traitement et l'autonomie des personnes résidant en maison de repos en contexte de pandémie (de) COVID-19.

Comité européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements inhumains ou dégradants (2017,21 mars), Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes.

Comité européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements inhumains ou dégradants (2020, 21 décembre), Fiche thématique: Les personnes privées de liberté dans les établissements sociaux.

Eckert, M. (2020, 9 april), Ziekenhuizen nemen ongevraagd initiatief om woonzorgcentra te ondersteunen, De Standaard.

Ethische commissie-zorg UZ Leuven (2020, 17 maart), Ethische aspecten van het maken van keuzes in de COVID-19 crisis.

European Network of national Human Rights Institutions (2016), Monitoring Report on The Human Rights situation of Older Persons in Belgian Residential Care Settings. Brussels: Unia.

European Union Agency for Fundamental Rights (2021), The coronavirus pandemic and fundamental rights: a year in review. Luxembourg: FRA.

- Heylen, L., Meuris, C., Knaeps J., Baldewijns, K., Dispa, M-F. (2019), Vers un nouveau modèle de cogestion basé sur le relationnel en maison de repos et de soins. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Kaufmann J.C, (2006), L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif, Paris : Armand Colin.
- L'Avenir (2020, 16 novembre), Près de 220 plaintes relatives aux maisons de repos en Wallonie et à Bruxelles.
- Magazine Plus (2020, 15 septembre), Des preuves d'âgisme flagrantes durant la crise du coronavirus.
- Médecins Sans Frontières(2020), les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique, Bruxelles : Médecins Sans Frontières.
- McCrudden, C. (2008), 'Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights', *European Journal of International Law*. 19(4), (pp.655-724).
- Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P.(2009), Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- OHCHR (2021), Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons: Working paper prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights.
- OMS (2021), Global Report on Ageism. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Paillé, P. (2017), L'analyse par théorisation ancrée. Dans Santiago-Delefosse, M. en del Rio Carral, M. (Eds), Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé, (pp. 61-83). Paris: Dunod.
- Reidy, A. (2002), A guide to the implementation of Article 3 of the European Convention on Human Rights, Human Rights Handbooks, 6. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Sciensano (2020, 29 septembre), Surveillance en maisons de repos et maisons de repos et de soins, rapport de la semaine 40.
- Sciensano (2020, 27 octobre), Surveiller en maisons de repos et maisons de repos et de soins, Rapport de la semaine 44.
- Société Belge de Médecine Intensive (2020), Des principes éthiques sur la proportionnalité des admissions aux soins intensifs durant la pandémie de covid-19 en Belgique.
- Solidaris (2006), Maisons de repos : A quel prix ?
- Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en gezin (2015), Rapport Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen.
- Tronto, J. (2009). Un monde vulnérable. Pour une politique du care. Paris : La Découverte.
- Unia et Délégué Général aux Droits de l'Enfant (2014), Mesures de contention et/ou d'isolement : recommandations générales.
- Unia et ENNHRI (2016), Human Rights of Older Persons and Long-Term Care: Monitoring Report on The Human Rights situation of Older Persons in Belgian Residential Care Settings. Bruxelles : Unia.

Unia (2020), Covid-19 : les droits humains mis à l'épreuve. Bruxelles : Unia.

Unia (2020, 10 avril), Les personnes handicapées et les personnes âgées ont le droit d'être soignées.

Unia (2020, 20 mai), Assouplir les mesures corona sans discrimination fondée sur l'âge.

Vande Meerssche, F. (2020, 12 décembre), L'âgisme et le mouton, rtbf.be.

Vlaams Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Zorginspectie (2021, februari), WZC: Inspecties (preventie) COVID-19 (2020).

Vlaamse Ouderenraad (2019), Advies 2019/2: Over vrijheidsbeperking bij ouderen met zorgnoden.

Vlaamse Ombudsdienst (2020), Stemmen uit de stilte: Getuigenissenboek residentiële ouderenzorg. Brussel: Vlaamse Ombudsdienst.

VRT NWS (2020, 7 oktober), Federale overheid vernietigde in 2015 en 2018 ondoordacht eigen stock van miljoenen mondmaskers.

12 Sigles

AViQ : Agence pour une vie de qualité

ADMR : Association des directeurs des maisons de repos

CEDH : Convention européenne des Droits de l'Homme

COCOM : Commission communautaire commune

COCOF : Commission communautaire française

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture

ENNHRI: European Network of National Human Rights Institutions

MR/S : Maisons de Repos et Maisons de repos et de Soins

MRPA : Maisons de repos pour personnes âgées

MRS : Maisons de repos et de soins

OIP : Organisme d'intérêt public

OCPAT : Protocole optionnel à la Convention de l'ONU contre la torture

VGC : Commission communautaire flamande

13 Annexe : liste des participants

CPAS et intercommunales

1. Jusniaux Olivier Directeur Général, CPAS Charleroi
2. GANCWAJCH Anita Directrice département des aînés, CPAS Charleroi
3. Kohnen Jean Marie Directeur Général, INAGO
4. Kremer Raphael Directeur Général, CPAS Bruxelles
5. Noel Philippe Président, CPAS Namur

MR/S et Groupe MR/S

6. Artisien Michael Directeur, MR/S Vésal CPAS BX
7. Bouteiller Marc Directeur, MR/S Anne Sylvie Mouzon/CPAS Saint-Josse
8. Collard Alain Directeur, MR/S Ferdinand Nicolay CPAS Stavelot
9. Demoulin Aurore Coordinatrice, MR/S CPAS Namur
10. Fassin Olivier Directeur des opérations, Groupe AnimaCare
11. Gorjon Raoul Directeur, MR/S Le grand Pré Namur CPAS Namur
12. Jamar Sabine Directrice, MR/S La Kan Aubel
13. Kenis Erne Directeur, MR/S Ursulines CPAS Bruxelles
14. KIRKOVE Patricia Médecin coordonnateur, MR/S Vésal CPAS Bruxelles
- 15*. X Directrice, MR/S
16. Vanhosbeek Sylvie Directrice, MR/S Acacia
17. Dehon Chantal Directrice, MR/S Asbl Wavre
18. Brees Cynthia Directeur, WZC Alegria
19. Boddaert Sarah Directeur, WZC Den Beuk
20. De Coster Eva Kwaliteitscoordinator, WZC Den Beuk
21. Waschulewski Brigitte Dagelijks verantwoordelijke, WZC De Boarebreker
22. De Man Fanny Directeur, RVT Nazareth
23. Hanssens Inge Directeur (CIO), Vulpia
24. Herbots Betty Directeur Zorg, Floordam

Fédérations

- 25. Derbaudrenghen Hélène Responsable secteur personnes âgées, UNESSA
- 26. Fredericq Vincent Secrétaire général, FERMARBEL
- 27*. Y Conseiller, Fédération
- 28. Rombeaux Jean Marc Conseiller à la Fédération des CPAS et UVC
- 29. Van Den Heuvel Bernadette Directeur Ouderenzorg, Zorgnet Icuro
- 30. Hupe Annick Coordinatrice service MR/S, UNESSA
- 31. Van Malderen Lien Stafmedewerker Woonzorg, Zorgnet Icuro

OIP (Organismes d'intérêt public)

- 32. Paquay Guillaume Conseiller, Office de la Comm. G. pour une vie autodéterminée
- 33. Boyals Sandrine Chargée de projets direction des aînés, AVIQ
- 34. Harsin Eric Juriste, AVIQ
- 35. Baude Simon Inspecteur, AVIQ
- 36. Dechevre Catherine Directrice département personnes âgées, AVIQ
- 37. Guffens Claire Responsable du département, Office de la Comm. G. pour une vie autodéterminée
- 38. Mélon Marlène Chargée de projets direction des aînés, AVIQ
- 39. Quinet Muriel Directrice département politique des établissements de soins IRISCARE
- 40. Laurie Losseau Juriste, IRISCARE
- 41. Rubio Amandine Chargée de projet, IRISCARE
- 42. Moonens Joris Woordvoerder Agentschap Zorg en Gezondheid
- 43. Van Der Linden Veerle Teamverantwoordelijke planning en kwaliteit ouderenzorg Agentschap Zorg en Gezondheid
- 44. Declercq Lily Stafmedewerker, ouderenmis(be)handeling, Vlaams Ondersteuningscentrum

Associations des directeurs MR/S

- 45. Moreau Jean François Président, Association Francophone des Médecins Coordinateurs et Conseillers en Maisons de Repos et de Soins
- 46. Murgès Michael Représentant des directeur des MRS et directeur, MR/S St Joseph CPAS Eupen

- 47. Permanne Christine Présidente, Association des Directeurs des MR/S (ADMR) et directrice MR/S Notre Dame de Bonne Espérance CPAS Charleroi
- 48. Trolin Christian Président, Association des gestionnaires publics de maisons de repos et de soins de la province de Liège et directeur du secteur 3ème âge CHR Huy
- 49. Detramasure Annemie Présidente Association des Directeurs des MR/S pour personnes âgées Bx et Directrice MRS CPAS Berchem Sainte Agathe

ONG et fondations

- 50. Ponthieu Aurelie Conseillère en affaires Humanitaires-MSF, Médecins Sans Frontières
- 51. Spiers Sofie Médecin-coordinatrice étude Covid/MR/S, Médecins Sans Frontières
- 52. Gombault Benedicte Senior coordinateur de projet, Fondation Roi Baudouin
- 53. Loriato Sarah Chargée Campagne, Amnesty International
- 54. Spriet Zoé Coordinatrice Campagnes et Plaidoyer, Amnesty International
- 55. Claeys Anne Beleidsverantwoordelijke, Amnesty International

Associations

- 56. Erkes Simon Directeur, Seniors Montessori
- 57. Malcotte Ermelinde Chargée d'études, Solidarité-Espace Seniors
- 58. Gallet Gaëlle Directrice, Senoah
- 59. Kodec Amandine Directrice, Infor-Homes
- 60. Langhendries Dominique Directeur, Respects Seniors-Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés
- 61. Rome Natacha Chargée de projets, Ligue Bruxelloise de Santé Mentale
- 62. Veyt Sylvie Coordinatrice-personnes âgées, Ligue Bruxelloise de Santé Mentale
- 63. Wathélet Violaine Secrétaire politique, Enéo
- 64. Wodewater Mélanie Coordinatrice équipe psycho sociale, Respects Seniors- Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés
- 65. Tilmann Johanne Respects seniors
- 66. Van Mechelen Olivia Medewerker zorg en beleidsondersteuning, Kenniscentrum wwz
- 67. Vandenweghe Nils Directeur, Vlaamse Ouderenraad
- 68. Truyers Johan Adjunct directeur, OKRA
- 69. Loozen Marijn Medewerker Zorgrecht, OKRA

Experts

- | | | |
|-----|----------------------|---|
| 70. | Carbonnelle Sylvie | Chercheuse, ULB |
| 71. | Cormann Karin | Fachbereichsleiterin Gesundheit und Senioren, Ministerium der DG |
| 72. | Maystadt Isabelle | Referentin für Senioren, Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft |
| 73. | Berdai Saloua | Gerontoloog, lector KDG Hogeschool |
| 74. | Rosseel Evelien | Stafmedewerker kwaliteit Stad Oostende |
| 75. | Vandewiele Nele | Directeur woon en thuiszorg Stad Oostende |
| 76. | D'Espallier Annelies | Ombudsvrouw gender, Vlaamse Ombudsdienst |
| 77. | Opgenhaffen Tim | Jurist, academisch onderzoeker KULeuven |
| 78. | De Breucker Sandra | Gerontologue, Hôpital Erasmus |
| 79. | Koninckx Marc | Expert ouderen mishandeling, Gepensioneerd |
| 80. | Flamaing Johan | Gerontoloog, KULeuven, UZ Leuven |

*les alphabets X et Y sont attribués aux participants qui ne souhaitent pas que leur nom et prénom soient repris sur la liste.



Unia

Rue Royale 138 □ 1000 Bruxelles

T +32 (0)2 212 30 00

<http://www.unia.be/fr>