

VIEILLIR EN SANTÉ : ENJEUX JURIDIQUES ET ORGANISATIONNELS DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Lucas Fontaine, *Avocat au barreau de Bruxelles Assistant à l'Université de Liège*

Sarah Ben Messaoud, *Avocate au barreau de Bruxelles, Maître de conférences à l'École de santé publique (ULB)*

INTRODUCTION

1. Vieillir en santé ne peut être réduit à une simple question médicale. Il s'agit d'un enjeu juridique, économique et social qui interroge la manière dont les droits des personnes âgées s'exercent – ou se dissolvent – au fil de la perte de leur autonomie. Toutefois, la vieillesse n'est pas un statut juridique. Elle ne constitue pas, en soi, une catégorie déterminée de sujets de droit, ni un fondement d'incapacité. Pourtant, elle devient progressivement un vecteur d'interrogations à la croisée du droit des patients, des droits fondamentaux et des politiques sociales. Les réflexions sur le « bien vieillir » en santé cherchent précisément à garantir que l'avancée en âge n'emporte pas une érosion des droits, mais au contraire une adaptation à la vulnérabilité susceptible d'apparaître avec l'âge.

Or, le rattachement de la personne âgée à la catégorie des personnes « vulnérables » n'est pas sans conséquence. Si cette qualification vise légitimement à lui offrir une protection renforcée, elle peut également, paradoxalement, alimenter un processus d'invisibilisation du sujet âgé, en le réduisant à une figure passive, objet de soins plutôt que titulaire de droits. Ce réflexe de protection induit par la notion de vulnérabilité, aussi légitime soit-il, engendre le risque d'assigner la personne âgée à une position de dépendance, voire d'incapacité, alors même qu'elle conserve souvent une forme d'autonomie, qu'elle soit partielle ou évolutive.

Pour prévenir cette marginalisation silencieuse, le droit mobilise deux leviers complémentaires qui seront étudiés dans cette contribution. Il sera tout d'abord question de l'articulation entre les droits du patient et la réalité du vieillissement, tant du point de vue du cadre juridique que de sa mise en œuvre (Section 1). L'analyse portera notamment sur les mécanismes juridiques tendant à préserver l'autodétermination et la dignité humaine dans le cadre de la représentation des personnes totalement ou partiellement incapables. Néanmoins, ces garanties formelles ne sauraient suffire. Le respect des droits suppose également des conditions factuelles propices à cet accompagnement. Ainsi, nous détaillerons les adaptations du cadre de vie et des lieux de soins (maisons de repos, hôpitaux, soins à domicile) (Section 2).

Section 1

Enjeux juridiques des soins aux personnes âgées : le senior comme patient

2. Le droit belge consacre les droits du patient comme un socle normatif essentiel de l'organisation des soins. Ces droits – à l'information, au consentement, au respect de la dignité et à la participation – s'appliquent à toute personne prise en charge, sans distinction d'âge, de condition ou de lieu de résidence. Pourtant, lorsqu'il s'agit de la personne âgée, cette universalité s'érousse. Le senior apparaît alors comme un sujet ambivalent du droit des soins : pleinement titulaire en principe, partiellement marginalisé dans les pratiques.

Le vieillissement met ainsi en lumière un paradoxe. D'un côté, les textes affirment formellement l'égalité de traitement et l'autonomie du patient et, de l'autre, les réalités de terrain révèlent des obstacles à l'exercice effectif de ces droits par les personnes âgées. Ni juridiquement disqualifiées, ni statutairement vulnérables, celles-ci se heurtent à des freins liés à des représentations sociales, des pratiques soignantes ou même à une inadaptation structurelle des dispositifs de soins.

Dans cette section, nous présenterons tout d'abord les fondements normatifs applicables aux personnes âgées, à l'échelle internationale, européenne et nationale (A.), avant d'aborder la question de la réalité vécue par les personnes âgées dans les institutions, où l'âgisme produit un écart entre les droits proclamés et leur effectivité (B.). En filigrane se dessine la nécessité de questionner les normes applicables dans les différents lieux de soins (maisons de repos, hôpitaux, soins à domicile) que l'on s'attachera à présenter dans la suite de la contribution (Section 2).

A. Le droit des patients à l'épreuve de l'âge

3. Cette section propose d'abord une mise en perspective internationale et européenne des droits fondamentaux reconnus aux seniors (1), avant d'envisager le vieillissement en droit belge, à travers l'évolution du droit médical et la réforme récente de la loi relative aux droits du patient (2).

1. Aperçu du cadre juridique international et européen des droits des personnes âgées

4. Le vieillissement de la population belge et européenne, conjugué aux actualités récentes révélant que les droits des personnes âgées ne sont pas toujours respectés¹, met en lumière certaines limites quant à l'effectivité des droits fondamentaux des individus dans les dispositifs de soins actuels. En effet, derrière les proclamations de principe, force est de constater que l'exercice concret de ces droits reste tributaire des conditions institutionnelles, économiques et sociales dans lesquelles les soins sont prodigués².

¹ P. Leprince, « La maltraitance envers les aînés n'a pas chuté après le pic du covid », *Le Soir*, 2 avril 2025 ; A. Hovine, « "Votre maman a encore fait des bêtises !" : Chronique des maltraitances ordinaires envers les seniors qui résident en maison de repos », *La Libre*, 17 juin 2025 ; V. Fouya, « Respect Seniors : un outil pour lutter contre la maltraitance des aînés », *RTBF Actus*, 3 février 2022 ; Ch. Hutin, « Des pistes pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées », *Le Soir*, 10 novembre 2020 ; Voir aussi l'étude du KCE de C. Ricour, A. Desomer, C. Pouppez, C. Primus et I. Vinck, « Comment mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées en Belgique ? – Synthèse », Health Services Research, *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*, Bruxelles, 2020, reports 331B, D/2020/10.273/17, 97 pp.

² Sur la recherche d'équilibres dans l'appréhension par les droits humains des vulnérabilités, voir not. J.-Y. Carlier, « Des droits de l'homme vulnérable à la vulnérabilité des droits de l'homme, la fragilité des équilibres », *RIEJ*, 2017, pp. 175 et s. ; S. Besson, « La vulnérabilité et la structure des droits de l'homme – L'exemple de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », in L. Burgorgue-Larsen

La personne âgée, qu'elle vive à domicile, en maison de repos ou qu'elle séjourne à l'hôpital, doit pouvoir se prévaloir des mêmes garanties que tout autre patient. Ce principe est rappelé par plusieurs instances internationales. Ainsi, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a insisté sur l'impératif de garantir la dignité et l'autonomie des personnes âgées dans le cadre des soins³. Le Commissaire aux droits de l'homme a également dénoncé les risques d'atteintes systémiques aux droits fondamentaux dans les structures d'hébergement, pointant un manque de surveillance, d'accessibilité aux voies de recours et de respect du consentement individuel⁴. De son côté, l'Assemblée générale des Nations unies a proclamé la période 2021-2030 « Décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé »⁵.

Dans cette perspective, l'initiative récente du Conseil des droits de l'homme des Nations unies visant à l'élaboration d'une convention internationale contraignante sur les droits des personnes âgées prend tout son sens. Sa résolution du 28 mars 2025 prévoit la création d'un groupe de travail intergouvernemental chargé d'élaborer un instrument international juridiquement contraignant sur les droits humains des personnes âgées, afin de promouvoir leur reconnaissance pleine et entière dans tous les domaines de la vie⁶. L'initiative s'appuie sur le constat d'une absence de cadre normatif spécifique et d'un défaut de protection juridique effective de cette catégorie croissante de la population mondiale. Elle vise non seulement à consacrer les droits existants – égalité, dignité, participation, accès aux soins –, mais aussi à combler un angle mort du droit international, qui jusqu'ici s'est souvent centré sur des catégories actives, productives ou socialement visibles⁷.

5. La dynamique onusienne en faveur de l'adoption d'une convention internationale spécifique sur les droits des personnes âgées se fonde sur un constat largement partagé : le vieillissement appelle une attention accrue sur la manière dont les droits fondamentaux sont concrètement garantis pour cette catégorie de la population⁸. En effet, l'expérience vécue par les personnes âgées dans les faits révèle l'existence de multiples décalages dans l'accès aux soins, que nous aborderons dans la seconde partie de cette section⁹. Ces décalages invitent à interroger en premier lieu les instruments juridiques existants, en particulier au niveau européen, où plusieurs textes affirment – sans toujours le garantir effectivement – le droit des personnes âgées à une vie digne et autonome.

Ainsi, par exemple, l'article 25 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne énonce que « l'Union 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 cette disposition, hautement

(dir.), *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe*, Paris, Pedone, 2014, pp. 59 et s. ; Voir aussi, pour une vue d'ensemble, C. Boiteux-Picheral (dir.), *La vulnérabilité en droit européen des droits de l'homme – Conception(s) et fonction(s)*, Limal, Anthémis, 2019.

³ Recommandation du Comité des ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées, adoptée par le Comité des ministres le 19 février 2014, lors de la 1192^e réunion des délégués des ministres.

⁴ N. Muiznek, « Le droit des personnes âgées à la dignité et à l'autonomie dans le cadre des soins », Commissaire aux droits de l'homme, 18 janvier 2018.

⁵ Résolution adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 2020, 75^e session, A/RES/75/13, Décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030).

⁶ Conseil des droits de l'homme des Nations unies, résolution 58/L.24/Rev.1, du 28 mars 2025, Groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée chargé d'élaborer un instrument juridiquement contraignant sur la promotion et la protection des droits humains des personnes âgées.

⁷ Toutefois, Diane Roman relève qu'il « n'est pas étonnant [...] que les sociétés occidentales, caractérisées par l'affirmation incessante de droits au profit des individus et des groupes, consacrent également la catégorie des personnes âgées comme titulaire de droits spécifiques » (D. Roman, « Vieillesse et droits fondamentaux : l'apport de la construction européenne », *RDSS*, 2008, pp. 267-276, spéc. p. 267).

⁸ M. Mercat-Bruns, « Les rapports entre vieillissement et discrimination en droit : une fertilisation croisée utile sur le plan individuel et collectif », *Revue des droits de l'homme*, 2020, n° 17.

⁹ Voir *infra*, p. 105.

programmatische, souffre d'un déficit de justiciabilité¹⁰. Elle ne confère pas de droit subjectif dont le respect peut être directement invoqué devant les cours et tribunaux¹¹. Elle témoigne certes d'un engagement de l'Union européenne, mais dont les effets demeurent limités, faute de s'accompagner de dispositifs concrets à l'égard des personnes âgées. Bien qu'il s'inspire de normes plus substantielles – notamment l'article 23 de la Charte sociale européenne – qui affirment explicitement le droit à une protection sociale¹², l'article 25 de la Charte des droits fondamentaux se présente davantage comme une déclaration de principe que comme une norme contraignante. Comme le notent Michel Borgetto et Robert Lafore, « [I]es droits en question ne sont pas directement garantis à leurs titulaires ; leur portée effective passe par la médiation de l'Union qui les "reconnait et les respecte" en s'engageant à mieux les promouvoir, au pire à ne pas les remettre en cause là où ils existent : ce qui affaiblit de toute évidence, sur le plan juridique, l'obligation énoncée puisque cela revient finalement à faire dépendre ce "respect" des capacités d'action dont l'Union dispose en la matière »¹³.

6. De son côté, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme reconnaît que l'âge peut constituer un facteur de vulnérabilité justifiant une protection renforcée¹⁴. Cette reconnaissance se traduit notamment par un abaissement du seuil d'exigence à partir duquel la Cour constate une violation de la Convention européenne des droits de l'homme (ci-après, « CEDH »), dès lors que la situation en cause concerne une personne âgée.

Ainsi, en matière de traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la CEDH, la seule circonstance du grand âge ne suffit pas à fonder une condamnation de l'État¹⁵. La Cour prend néanmoins en compte la présence de pathologies multiples ou d'une dégradation de l'état de santé pour conclure à l'existence d'une atteinte prohibée¹⁶. Elle a également jugé, sur le fondement de l'article 5, paragraphe 1^{er}, de la CEDH, que le placement en garde à vue pendant plus de 24 heures d'une femme de 67 ans, sans présentation à un médecin alors même qu'elle a été hospitalisée à sa

¹⁰ A. Bailleux, « L'apport de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne au "droit" à la santé », in E. Brosset, *Droit européen et protection de la santé. Bilans et perspectives*, Larcier/Bruylant, Bruxelles, 2015, pp. 117-133 ; A. Vignon-Barraut, « Les droits fondamentaux de la personne âgée », *RDSS*, 2018, p. 759.

¹¹ J. Cavallini, « L'invocabilité des principes de la Charte des droits fondamentaux de l'UE », *JCPS*, 2014, pp. 1232 et s.

¹² J. Jacquemain, « Article 23. Égalité entre femmes et hommes », in F. Picod et al. (dir.), *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, 3^e éd., Bruxelles, Bruylant, 2023, pp. 675-690 ; Voir aussi la doctrine citée par ce dernier : L. Allart, « L'interdiction des discriminations fondées sur le sexe, outil de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'ordre juridique de l'Union européenne », *Revue de l'Union européenne*, 2015, pp. 547-552 ; E. d'Ursel, « Hommes et femmes : vers une égalité substantielle en droit européen ? », *JDE*, 2015, pp. 226-234 ; J. Jacquemain, « Égalité dans le travail entre femmes et hommes », in G. Van den Avyle (dir.), *Guide social permanent – Droit du travail : commentaires*, partie II, livre I, Waterloo, Kluwer ; S. Leclerc, « L'égalité de traitement entre les hommes et les femmes : l'ascension d'un droit social fondamental », in S. Leclerc, M.-J. Redor et J.-F. Akandji-Kombe (dir.), *L'Union européenne et les droits fondamentaux*, Bruxelles, Bruylant, 1999, pp. 197-222 ; C. McCrudden, « L'efficacité des normes communautaires relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes », *Droit social*, 1994, pp. 604-611 ; D. Schiek, « Article 23, Equality between women and men », in S. Peers, T. Herve, J. Kenner et A. Ward (dir.), *The EU Charter of Fundamental Rights. A commentary*, Munich/Oxford/Baden-Baden, Beck/Hart/Nomos, 2014, pp. 633-660.

¹³ M. Borgetto et R. Lafore, « Article 25. Droits des personnes âgées », in F. Picod et al. (dir.), *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, 3^e éd., Bruxelles, Bruylant, 2023, p. 723.

¹⁴ Y. Lecuyer, « La prise en compte du vieillissement dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *RDSS*, 2018, p. 769.

¹⁵ Cour EDH, 7 juin 2001, *Papon c. France*, req. n° 64666/1 ; Le requérant soutenait que son maintien en détention était, en raison de son âge (90 ans), contraire à l'article 3 de la Convention européenne.

¹⁶ Voir not. Cour EDH, 2 décembre 2004, *Farbtuh c. Lettonie*, req. n° 4672/02, dans lequel la Cour a jugé qu'en raison de son âge, de son infirmité et de son état de santé, la détention était constitutive d'une violation de l'article 3 ; Ou encore Cour EDH, 11 février 2014, *Contrada c. Italie*, req. n° 7509/08, pour une violation à l'égard d'un détenu âgé de 83 ans, affecté de plusieurs pathologies graves et complexes ; Yannick Lecuyer écrit à propos de ces décisions que « l'âge avancé [...] la dépendance et la perte d'autonomie qui lui font cortège jouent souvent comme un facteur d'aggravation de la vulnérabilité » (Y. Lecuyer, *op. cit.*) ; Voir aussi L. Hardy, « En prison : quel est l'avenir de nos vieillards ? Prise en charge institutionnelle et expérience carcérale des détenus "âgés" », *Rev. dr. ULiège*, 2018, pp. 67-97.

sortie, constituait une privation de liberté injustifiée¹⁷. L'âge devient ainsi un paramètre déterminant de l'intensité du contrôle exercé par la Cour.

Cette logique est également perceptible dans d'autres affaires examinées dans la jurisprudence strasbourgeoise, où la fragilité liée au vieillissement justifie une exigence renforcée de diligence procédurale, qu'il s'agisse de la célérité des procédures juridictionnelles¹⁸ ou de la mise en œuvre de droits sensibles, tels que le changement de sexe¹⁹. Ces enseignements révèlent que, pour évaluer les seuils de violation des droits fondamentaux, la Cour est animée par plusieurs considérations, en particulier la fragilité physique d'une personne âgée et son espérance de vie réduite²⁰. C'est ainsi qu'en avril 2024, la Cour a statué en faveur de femmes âgées défenseuses des droits humains en Suisse, qui ont été jugées insuffisamment protégées contre les effets des changements climatiques. Créant un précédent majeur, l'arrêt de la Grande Chambre a noté que le vieillissement et les changements climatiques avaient également des effets différents selon le sexe, et que les femmes âgées étaient particulièrement vulnérables aux effets des changements climatiques²¹.

Comme le souligne Céline Ruet, « la protection spéciale des personnes vulnérables correspond à une exigence d'adéquation de la norme commune, qui fonde soit la prise en considération de particularités dans la mise en œuvre de la norme soit plus rarement une exception. L'esprit de la protection ne réside pas dans la constitution d'un droit exorbitant du droit commun, mais dans la réalisation de celui-ci : le souci d'une protection effective, joint à une approche de l'égalité qui implique de traiter de manière différenciée les situations différentes, entraîne la nécessité d'une protection spécifique. [...] La vulnérabilité élargit l'accès au juge européen et impose une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la Convention »²².

2. La prise en compte du vieillissement en droit médical belge

7. En droit belge, et particulièrement en droit médical, la personne âgée n'est pas un objet de réglementation spécifique et, comme le souligne Gilles Génicot²³, cela est heureux dans la mesure où le droit médical vise à protéger toute personne vulnérable, quel que soit son âge. La vieillesse est donc juridiquement traitée non comme une catégorie discriminante, mais comme une situation susceptible de fragiliser l'autonomie, et, partant, exige des aménagements renforcés pour garantir l'exercice effectif des droits fondamentaux du patient²⁴.

¹⁷ Cour EDH, 25 septembre 2003, Vasileva c. Danemark, req. no 52792/99.

¹⁸ Voir Cour EDH, 9 mars 2004, Jablonská c. Pologne, req. no 60225/00, pour un requérant âgé de 71 ans au début de la procédure, le manque de diligence des tribunaux polonais reproché par le juge européen.

¹⁹ Cour EDH, 8 janvier 2009, Schlumpf c. Suisse, req. no 29002/06.

²⁰ C. Bourdairé-Mignot et T. Gründler, « Le vieux, une figure de la vulnérabilité en droit », *Revue des droits de l'homme*, 2020, no 17.

²¹ Cour EDH (gde ch.), 9 avril 2024, Verein Klimaseniorinnen Schweiz et al. c. Suisse, req. no 53600/20 ; Sur cet arrêt, voir C. Jadot et C. Bertaux, « Le contentieux climatique est aussi, et enfin, un contentieux strasbourgeois ! », *JT*, 2024, pp. 689-701 ; K. Nieri, « Les premières affaires climatiques de la Cour européenne des droits de l'homme », in *Mélanges en l'honneur de Jean-Luc Albert*, Bruxelles, Bruylant, 2025, pp. 663-687.

²² C. Ruet, « La vulnérabilité dans la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme », *Rev. trim. dr. h.*, 2015, pp. 317-340, spéc. p. 329 ; Voir aussi J.-Y. Carlier, *op. cit.*, pp. 175-204, spéc. p. 187.

²³ G. Génicot, « Le grand âge en droit médical : entre ombres et lumière », in Fl. Georges (dir.), *Le droit des seniors. Aspects civils, sociaux et fiscaux*, Limal, Anthémis, 2010, pp. 323-357, ici p. 323.

²⁴ Voir, à ce sujet, la contribution de Guillaume Pomes Bordedeбат dans le présent ouvrage.

Le cœur du droit médical repose sur la reconnaissance du droit à l'autodétermination corporelle, à travers le consentement libre et éclairé du patient²⁵. Or, avec l'âge, les capacités cognitives peuvent diminuer sans pour autant disparaître. Gilles Génicot insiste ici sur un principe fondamental : même en cas de déclin cognitif, il convient d'impliquer la personne âgée autant que possible dans les décisions médicales, en adaptant l'information à ses capacités de réception, dans une démarche d'écoute, de respect et d'humanité²⁶.

Lorsque l'altération des capacités rend nécessaire une représentation, celle-ci ne doit jamais faire écran à l'expression de la volonté personnelle²⁷. Qu'il s'agisse d'un mandataire, d'un représentant ou d'un recours à des directives anticipées, ces mécanismes visent à traduire la volonté présumée du patient, non à la suppléer arbitrairement²⁸. Le cadre juridique consacre d'ailleurs cette exigence d'adaptation, en invitant le praticien à ajuster son information et son attitude à la situation concrète du patient, ce qui se traduit notamment par les garanties attachées au droit au consentement éclairé et par la possibilité de désigner un mandataire. L'enjeu est bien d'accompagner les patients âgés, dans une logique d'assistance respectueuse de l'autonomie, fidèle à l'esprit de la loi sur les droits du patient.

8. Le droit au consentement éclairé, consacré à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (ci-après, « loi relative aux droits du patient »)²⁹ et récemment révisé par la loi du 6 février 2024³⁰, confirme la place centrale de l'autonomie dans la relation de soins³¹. Le texte insiste désormais sur la dimension dialogique du consentement³², conçu comme l'aboutissement d'un processus décisionnel partagé entre le patient et le professionnel de santé³³. Cette évolution répond à l'exigence d'une information adaptée, délivrée en temps utile et de manière compréhensible, condition indispensable à un consentement valable³⁴. Le contenu de l'information est par ailleurs élargi : il couvre non seulement l'objectif, la nature et les risques de l'intervention, mais aussi son suivi, ses alternatives et ses implications financières³⁵, répondant ainsi aux besoins spécifiques des aînés, souvent confrontés à des trajectoires complexes et à une vulnérabilité économique accrue³⁶. Ces garanties visent à éviter que le patient – et, en particulier, la personne âgée – ne soit réduit au rôle

²⁵ T. Goffin, « De gewijzigde wet betreffende de rechten van de patiënt: patient empowerment met respect », *Rev. dr. santé*, 2024-2025, pp. 183-194 ; G. Génicot, *Droit médical et biomédical*, 2^e éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 160 ; Voir encore, récemment, Cour EDH, 26 juin 2025, *SO c. Espagne*, req. n° 5742/22.

²⁶ G. Génicot, « Le grand âge... », *op. cit.*, spéc. pp. 327-345.

²⁷ Sur la question de la capacité, voir C. Rommelaere, « Je suis majeure.e et... et capable ? La capacité d'exercer ses droits : du médico-juridique au politique », in I. Lutte, A. Gille et W. El Founas (dir.), *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, 5^e éd., Limal, Anthémis, 2025, pp. 247-272.

²⁸ C. Lantero, « Réflexions sur la fondamentalisation des droits du patient. L'exemple de la violation du consentement », *RDSS*, 2022, p. 216.

²⁹ Loi du 6 février 2024 modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *M. B.*, 23 février 2024.

³⁰ *Ibid.* ; Sur cette loi, voir T. Goffin, *op. cit.*

³¹ G. Génicot, *Droit médical...*, *op. cit.*

³² I. Reusens, « Du devoir d'information du médecin au devoir de collaboration du patient : plaidoyer pour un dialogue thérapeutique », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2016, pp. 97-121.

³³ Projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, pp. 22-25.

³⁴ Fl. George, « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient », *Revue belge du dommage corporel et de médecine légale*, 2021, pp. 21-40 ; M. Lotoczuk, « Cantatrice sans voix – Importance des obligations d'information incombant aux médecins », *Rev. dr. santé*, 2024-2025, pp. 369-371 ; E. Collinge, Fl. George et C. Marlair, « L'obligation d'information des professionnels des soins de santé », in P. Colson et al. (dir.), *Droit hospitalier*, 1^{re} éd., Bruxelles, Larcier/Intersentia, 2025, pp. 379-434.

³⁵ Voir M. Harichaux, « Sur l'existence d'une obligation de renseignements sur les honoraires dans le contrat médical », *Rev. dr. sanitaire*, 1986, p. 220 ; H. Nys, *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer, 1995, p. 439 ; S. Tack, « L'obligation d'information sur le coût des soins se durcit : pas d'acte supplémentaire de la part du patient et affichage des tarifs les plus courants », *RDSS*, 2024-2025, pp. 43-47, obs. s. Cass., 6 septembre 2021, C.20.0383.N/4.

³⁶ A rt. 8, § 2, de la loi du 22 août 2022 tel que modifié par la loi du 6 février 2024.

d'objet de soins et à assurer qu'il demeure, en toutes circonstances, acteur de ses choix thérapeutiques.

9. Dans cette perspective, il importe également de prêter une attention particulière au régime juridique applicable lorsque la capacité de discernement du patient âgé est altérée. La reconnaissance d'un droit au consentement libre et éclairé perdrait toute effectivité si elle ne s'accompagnait pas de garanties claires quant aux modalités de représentation du patient devenu incapable. Cette question, longtemps abordée sous l'angle du droit des incapacités civiles que nous n'abordons pas ici³⁷, revêt une dimension éminemment médicale lorsqu'il s'agit de décisions de soins³⁸. Elle implique de concilier la protection de la personne vulnérable avec le respect de ses volontés présumées, de ses préférences et de son parcours de vie³⁹. C'est précisément dans cette optique que s'inscrit la réforme de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁴⁰, et plus particulièrement son article 14, qui vient renforcer et articuler les différentes figures de représentation dans le champ des soins⁴¹.

10. Les modifications récentes de l'article 14 de la loi relative aux droits du patient, en ce qu'elles concernent l'exercice des droits par les personnes vulnérables – et donc notamment par les personnes âgées –, renforcent le principe selon lequel il importe de garantir le respect de la volonté du patient, y compris lorsque celui-ci se trouve en situation d'incapacité. En effet, la loi repose sur une présomption de capacité d'exprimer sa volonté. La représentation du patient majeur vulnérable ne vaut « pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ses droits lui-même »⁴². Il est précisé à cet égard que le représentant « associe autant que possible le patient et proportionnellement aux capacités de compréhension du patient »⁴³. Selon les travaux préparatoires, cela signifie concrètement que, « s'il s'avère qu'un patient peut encore faire preuve d'une certaine forme d'implication et est très réticent à l'égard d'une intervention donnée, le représentant ne pourra pas donner son autorisation pour cette intervention »⁴⁴.

La réforme de 2024 de la loi relative aux droits du patient confirme que la représentation du patient ne saurait être entendue comme un pouvoir de substitution arbitraire, mais bien comme une logique d'assistance orientée par sa volonté présumée, ses intérêts, « et conformément aux valeurs, aux préférences en matière de soins actuels et futurs et aux objectifs de vie exprimés par le patient »⁴⁵. Le patient est ainsi impliqué autant que possible et occupe une position centrale, bien qu'il se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Ce faisant, si par exemple le patient a établi une déclaration

³⁷ Voir, à ce sujet, la contribution de Damien Dupuis dans le présent ouvrage ; Voir aussi D. Goubau, « La protection personnelle et patrimoniale des mineurs et des majeurs vulnérables : de quelques enjeux contemporains », in N. Dandoy, J. Sosson, F. Tainmont et G. Willems (dir.), *Individu, famille et État. Réflexions sur le sens du droit de la personne, de la famille et de son patrimoine*, Bruxelles, Larcier, 2022, pp. 51-82 ; Voir également, pour la France, le dossier de la *Revue de droit sanitaire et social* consacré à l'autonomie des personnes vulnérables, et notamment : F. Marchandier, « Concevoir la protection de l'autonomie des personnes vulnérables : présentation générale de la protection des personnes vulnérables », *RDSS*, 2024, pp. 927-931 ; J. Dechepy-Tellier, « Grand âge, perte d'autonomie et maltraitance : analyse à l'épreuve du droit pénal, un habillage juridique complexe et perfectible », *RDSS*, 2024, pp. 951-960 ; A. Caron-Deglise, « L'affirmation des droits et les dispositifs de protection des personnes très âgées », *RDSS*, 2024, pp. 961-968.

³⁸ Voir les exemples cités chez I. Lutte, « La décision thérapeutique. Quand le cadre légal ne dit pas tout », in I. Lutte (dir.), *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, t. 2, Limal, Anthemis, 2023, pp. 25-52.

³⁹ G. Schamps, « L'autonomie de la personne sur son corps : portée et balises en droit belge », in B. Feuillet-Liger et G. Schamps (dir.), *Les principes de protection du corps humain dans le cadre de la biomédecine*, 1^{re} éd., Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 67-114.

⁴⁰ Loi du 6 février 2024 modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *M. B.*, 23 février 2024.

⁴¹ Le législateur apporte une adaptation de la loi sur les droits du patient parallèlement au système de protection judiciaire introduit par la loi du 17 mars 2013 réformant les régimes d'incapacité et instaurant un statut de protection conforme à la dignité humaine, *M. B.*, 14 juin 2013.

⁴² Art. 14, § 1^{er}, al. 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, p. 43.

⁴⁵ Art. 14, § 1^{er}, al. 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

anticipée de soins en vertu de l'article 8/2 de la loi relative aux droits du patient, celle-ci doit servir de « fil conducteur »⁴⁶.

Ainsi, le représentant du patient doit « se fonder sur la *volonté présumée* de celui-ci ou, à défaut de la connaître, sur son *meilleur* intérêt apprécié le plus objectivement possible »⁴⁷. C'est dans cet objectif que l'article 15, paragraphe 2, de la loi relative aux droits du patient prévoit que « le professionnel des soins de santé le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise » par le représentant dans le cas où celui-ci « ne peut pas démontrer la volonté expresse du patient »⁴⁸.

11. Le régime de représentation, inchangé par la réforme de 2024, est prévu par les paragraphes 1/1, 2 et 3 de l'article 14 de la loi relative aux droits du patient qui organisent un système en cascade, fondé sur la proximité affective et résidentielle⁴⁹.

La première modalité de représentation repose sur la désignation d'un *mandataire de santé* par le patient lui-même, au moyen d'un mandat spécifique, écrit, daté et signé par les deux parties. Ce mandat, révocable à tout moment, permet au mandataire d'exercer l'ensemble des droits du patient à sa place, dans l'hypothèse d'une incapacité de fait. Il s'agit bien d'un pouvoir de représentation – et non d'assistance – qui implique une réelle délégation de la capacité décisionnelle, y compris contre l'avis du médecin⁵⁰. L'octroi d'un tel mandat peut également s'accompagner de la rédaction de directives anticipées spécifiques⁵¹.

En outre, le patient peut désigner une *personne de confiance* qui l'assiste « dans l'exercice de ses droits »⁵², dans le but d'assurer un *continuum* de l'accompagnement par la même personne : d'abord sous la forme d'une assistance en tant que personne de confiance pour l'exercice des droits du patient par un patient capable d'exprimer sa volonté⁵³, et ensuite en tant que représentant si le patient n'est plus capable d'exercer ses droits de façon autonome. Il est aussi spécifié que « [s]i le patient désigne plusieurs personnes comme représentant, il détermine l'ordre dans lequel ces personnes

⁴⁶ Projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, p. 44.

⁴⁷ G. Génicot, « Vulnérabilité et intégrité physique en droit belge. Entre protection renforcée et autonomie encadrée », *Rev. dr. ULiège*, 2019, p. 136.

⁴⁸ Cette disposition a fait l'objet d'une modification lors de la réforme de la loi sur les droits du patient de 2024, car elle avait donné lieu à de vives discussions ces dernières années (projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, p. 46).

⁴⁹ À cet égard, les travaux préparatoires indiquent ne pas avoir souhaité rendre cette représentation en cascade uniquement indicative et de prévoir un nouvel échelon de « personne présentant un lien affectif particulier », afin de privilégier la sécurité juridique (projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, pp. 45 et 46).

⁵⁰ Voir E. Langenaken, « La personne de confiance, garante des droits de la personnalité des personnes vulnérables », *Rev. trim. dr. fam.*, 2004, p. 271.

⁵¹ Voir A. Van Orshoven et Y. Englert (dir.), « Testaments de vie » et autres directives anticipées, Bruxelles, De Boeck Université, 2003 ; A. Vandewiele, « Levenstestament », *T. Not.*, 2008, p. 521 ; M. Van

Overstraeten, « Une manifestation particulière du droit du patient au consentement libre et éclairé : la faculté de rédiger une déclaration anticipée », in G. Schamps (dir.), *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Bruxelles/Paris, Bruylant/LGDJ, 2008, p. 83 ; C. Lemmens, *Planification anticipée des soins et déclarations relatives à la fin de vie*, Liège, Kluwer, 2020 ; A.-M. Leroyer, « Directives anticipées : le dernier mot revient au médecin », *RTD Civ.*, 2022, p. 871 ; I. Reusens et S. Loix, « Anticiper pour mieux soigner », in I. Lutte, A. Gille et W. El Founas (dir.), *op. cit.*, pp. 273-329.

⁵² Art. 2, 7°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁵³ Art. 11/1 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

interviennent comme représentant »⁵⁴ et qu'il peut « désigner les proches qui assistent le représentant »⁵⁵.

Si aucun mandataire n'a été désigné ou si celui-ci n'intervient pas, les droits sont alors exercés par l'administrateur de la personne⁵⁶, désigné par le juge de paix à cette fin⁵⁷. Si aucun administrateur n'est habilité à représenter le patient, les droits sont exercés, successivement, par l'époux ou le partenaire cohabitant (légal ou de fait)⁵⁸, puis par un enfant majeur, un parent, un frère ou une sœur majeurs⁵⁹.

En dernier recours – à défaut de mandataire ou de proche disponible ou en cas de désaccord entre plusieurs membres d'une même catégorie –, il appartient au professionnel lui-même de veiller aux intérêts du patient, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire⁶⁰. Cette hypothèse, certes résiduelle, confirme que le respect de la volonté présumée du patient reste l'axe structurant du régime, y compris lorsque le lien personnel ou familial fait défaut. Ainsi, le représentant – quel qu'il soit – doit toujours rechercher la volonté du patient, s'appuyer sur ses préférences antérieures, et non projeter ses propres convictions sur les soins à consentir⁶¹.

12. La réforme ouvre aussi la possibilité, par arrêté royal, d'organiser la désignation électronique du représentant et des proches, ainsi que leur accessibilité par les professionnels de santé. Si cette disposition reste tributaire de mesures d'exécution, elle témoigne d'un souci accru de traçabilité et de réactivité, en particulier dans les situations d'urgence ou de soins aigus, lorsque la représentation doit être mobilisée sans délai⁶².

Ce souci de fluidité décisionnelle s'inscrit dans une tendance plus large à renforcer l'interopérabilité des systèmes d'information belge et européen de santé⁶³. L'effectivité des droits du patient – et *a fortiori* de ses représentants – suppose en effet un accès rapide et sécurisé aux données de santé, notamment contenues dans le dossier médical⁶⁴. Celui-ci constitue à la fois un outil de continuité des soins⁶⁵ et un support essentiel à la participation éclairée aux décisions médicales⁶⁶. La question de la

⁵⁴ Art. 14, § 1/1, al. 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Art. 14, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁵⁷ Conformément à l'article 492/1, paragraphe 1^{er}, alinéa 4, de l'ancien Code civil.

⁵⁸ Art. 14, § 3, al. 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁵⁹ Art. 14, § 3, al. 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁶⁰ Art. 14, § 3, al. 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁶¹ G. Génicot, « Le grand âge... », *op. cit.*, p. 337.

⁶² Projet de loi modifiant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et modifiant les dispositions en matière de droits du patient dans d'autres lois en matière de santé, *Doc. parl.*, ch. repr., sess. 2023-2024, n° 55-3676/001, p. 45.

⁶³ L. Fontaine, « L'accès aux données de soins de santé en Belgique : vers un dossier médical intégré ? », *Rev. dr. ULiège*, 2025, pp. 219-245.

⁶⁴ S. Ben Messaoud et L. Fontaine, « Le dossier médical sous le feu des actualités », in I. Lutte, A. Gille et W. El Founas (dir.), *op. cit.*, pp. 329-362.

⁶⁵ G. Génicot, « Le dossier médical : l'indispensable auxiliaire du patient mécontent », in I. Lutte (dir.), *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, 3^e éd., Limal, Anthémis, 2021, pp. 219-270 ; G. Génicot, « La sanction d'une méconnaissance du droit du patient à l'information et au consentement éclairé », *Le Pli juridique*, 2022, pp. 3-14.

⁶⁶ L'importance d'un tel instrument a d'ailleurs été mise en évidence par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'arrêt *Pindo Mulla c. Espagne*, où l'ineffectivité du système national de directives anticipées a conduit à méconnaître la volonté clairement exprimée d'une patiente quant à un traitement vital. La Cour y rappelle que le droit à l'autonomie décisionnelle suppose l'existence d'un cadre réglementaire et organisationnel garantissant que les souhaits du patient soient connus, accessibles et pris en compte, y compris en situation d'urgence (Cour EDH, 17 septembre 2024, *Pindo Mulla c. Espagne*, § 150) ; Sur cet arrêt, voir G. Gonzalez, « Le juge, les docteurs et le témoin de Jéhovah transfusé contre son gré : une esquisse procédurale de la Cour européenne... mais pas seulement ! », *Rev. trim. dr. h.*, 2025, pp. 541-554 ; S. Wattier, R. Mertens et F. Xavier, « Le droit à la liberté de conscience et de religion au sein de l'hôpital », in P. Colson et al. (dir.), *op. cit.*, pp. 125-153, spéc. pp. 147-151.

lisibilité, de la mise à jour et du partage des données de santé devient donc centrale, notamment pour les personnes âgées, souvent suivies par plusieurs professionnels et confrontées à des parcours de soins fragmentés.

B. Mise en perspective des droits du patient âgé dans les structures de soins

13. Si le droit médical érige l'autonomie et le consentement éclairé en piliers de la relation de soins, la réalité vécue par de nombreuses personnes âgées montre combien ces principes peinent parfois à s'incarner en pratique. Dans les institutions, les patients âgés sont fréquemment perçus à travers le prisme de la fragilité, de la dépendance, voire de l'incompétence⁶⁷. En outre, comme le montre une étude française, les professionnels de santé tendent à adopter une posture surprotectrice vis-à-vis des patients âgés, alimentée par des représentations implicites d'incompétence ou de dépendance⁶⁸. Cette attitude, renforcée dans des contextes institutionnels où le personnel est contraint par le temps, risque de conduire à « une compromission de la relation thérapeutique et à une déshumanisation des soins »⁶⁹.

Cette logique de marginalisation se manifeste de manière particulièrement aiguë dans les maisons de repos. Comme le montre l'excellente étude de Charly Derave et Isabelle Rorive à laquelle nous renvoyons⁷⁰, la crise du Covid-19 a révélé de manière brutale les discriminations qui affectent les résidents âgés dans ces institutions⁷¹. Durant la première vague de la pandémie, ces établissements ont été transformés en « hôpitaux de fortune »⁷², parfois réduits à de véritables mouiroirs, en l'absence de dispositifs de soutien adéquats⁷³. Le droit à la protection de la santé, pourtant garanti en principe, n'a pas été assuré dans le respect des exigences d'égalité, de dignité et de non-discrimination⁷⁴. Relevons ce passage particulièrement poignant sur la situation vécue par les personnes âgées lors de la pandémie :

« En Belgique, des résidents ont perdu la vie dans des conditions sanitaires indignes, sans être nourris et/ou suffisamment hydratés, ni recevoir les soins palliatifs de confort et seuls, sans être entourés de leurs proches, lorsqu'ils n'étaient pas admis dans leur établissement ou lorsqu'il n'y en avait tout simplement pas. Avant de mourir physiquement, ces personnes sont décédées socialement, et puis psychologiquement, dans une souffrance que nul n'ose imaginer. La santé, [...] ne s'arrête pas aux portes

⁶⁷ Dans le même sens, le Comité européen des droits sociaux estime que « pour protéger l'autonomie des personnes âgées, l'âge ne saurait suffire à caractériser un état de vulnérabilité particulière » [Com. EDS, 25 mai 2019, *Fédération internationale des associations de personnes âgées (FIAPA) c. France* (décision sur le bien-fondé), réclamation n° 145/2017, § 58].

⁶⁸ A. Bonnemaïson, A. Amine et M. Josion-Portail, « La participation des patients âgés à la relation de soins en question ! Une recherche dans un service hospitalier de gériatrie », *Revue française de gestion*, 2020, pp. 107-127.

⁶⁹ S. Monod et A. Sautebin, « Vieillir et devenir vulnérable », *Revue Médicale Suisse*, 2009, pp. 2352-2357, ici p. 2355.

⁷⁰ C. Derave et I. Rorive, « Le droit à la santé sans discrimination des résidents des maisons de repos laissé pour compte », in S. Parsa et F. Tulkens, *États de droit, état d'exception et libertés publiques*, Bruxelles, Anthémis, 2022, pp. 205-253.

⁷¹ I. Hachez, M. Hardt, L. Losseau, O. Nederlandt, S. Sarolea et L. Triaille, « Quelles réponses publiques aux vulnérabilités en temps de Covid ? », in F. Bouhon, E. Slautsky et S. Wattier (dir.), *Le droit public belge face à la crise du COVID-19*, 1^{re} éd., Bruxelles, Larcier, 2022, pp. 829-860, spéc. pp. 836 et 837 ; Pour une étude des dispositifs sanitaires adoptés par les autorités publiques dans les maisons de repos (bruxelloises principalement), voir I. Hachez et al., « Des personnes vulnérables aux situations de vulnérabilité : à quoi sert le droit en temps de Covid ? », *Rev. trim. dr. h.*, 2021, pp. 929 et s., spéc. pp. 936-944 ; Voir, pour ce qui concerne la France, G. Nicolas, « L'égalité d'accès aux soins ou la prise en charge sanitaire des personnes âgées dépendantes en période de pandémie », *Droit, Santé et Société*, 2020, pp. 31-40 ; M. Rebourg et S. Renard, « Droits et libertés des personnes âgées dépendantes en période de crise sanitaire », *Gérontologie et société*, 2022, pp. 115-129.

⁷² Audition de Stéphanie Goublomme, coordinatrice chez MSF, *CRIC*, Parl. wal., 2020-2021, séance du 9 octobre 2020, n° 28, p. 6.

⁷³ Voir Amnesty International Belgique, *Les maisons de repos dans l'angle mort – Les droits humains des personnes âgées pendant la pandémie de Covid-19 en Belgique*, novembre 2020, 58 pp.

⁷⁴ Voy. X. Flawinne, M. Lefebvre, S. Perelman, P. Pestieau et J. Schoenmaeckers, « Nursing homes and mortality in Europe: Uncertain causality », *Health Economics*, 2022.

de la mort. Elle se greffe à la personne jusqu'à son dernier souffle pour qu'elle puisse l'expirer dans la dignité⁷⁵. »

Cette situation ne relève pas uniquement d'un déficit ponctuel, mais d'un phénomène plus structurel⁷⁶ : une forme d'âgisme institutionnalisé. Ce phénomène, qui peut être défini comme l'ensemble des stéréotypes, préjugés ou pratiques discriminatoires fondés sur l'âge réel ou perçu, assimile la vieillesse à une pathologie ou à une charge sociale et conduit, par conséquent, à une priorisation défavorable ou à un accès amoindri aux soins⁷⁷.

14. Cette analyse rejoint les constats dressés à l'échelle internationale par les Nations unies. Le rapport de l'experte indépendante chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme souligne la banalisation de l'âgisme dans toutes les sphères sociales, y compris dans les dispositifs de santé⁷⁸.

Le rapport précité relève que l'âgisme opère de manière similaire au racisme ou au sexisme, en ce qu'il repose sur des stéréotypes, des préjugés intériorisés et des comportements discriminatoires, qui tendent à uniformiser les personnes âgées, à les réduire à une catégorie indistincte et à les assigner à une position d'extériorité sociale, voire d'obsolescence⁷⁹. Ce phénomène est d'autant plus problématique qu'il est, dans une large mesure, socialement toléré, intériorisé dès l'enfance et rarement remis en question. Il traverse les systèmes juridiques, médicaux, éducatifs et politiques, où il façonne inconsciemment les normes et les pratiques⁸⁰.

Ce processus d'âgisme intériorisé alimente, en retour, un âgisme structurel, qui affecte l'élaboration des politiques publiques et la conception même des institutions de soins pour aînés. Il contribue à invisibiliser les atteintes aux droits fondamentaux des personnes âgées, en normalisant leur exclusion ou leur prise en charge différenciée. Durant la pandémie, cette mécanique s'est notamment traduite par un tri dans l'accès aux soins, une restriction de l'autonomie et un abandon des principes fondamentaux du droit à la santé⁸¹.

En effet, il est encore trop souvent constaté que le « vieillissement est considéré comme un problème biomédical, [ce qui] conduit à une mauvaise perception du vieillissement qui est associé à un phénomène anormal ou pathologique, l'avancement en âge étant ainsi assimilé à la maladie. Non seulement ce point de vue est incompatible avec l'approche globale de la santé humaine, mais il perpétue l'idée que les personnes âgées sont dépendantes et malades »⁸². Or, la vulnérabilité des

⁷⁵ C. Derave et I. Rorive, *op. cit.*, p. 235.

⁷⁶ Sur la question des discriminations systémiques, voir M. Mercat-Bruns, « La discrimination systémique : peut-on repenser les outils de la non-discrimination en Europe ? », *La Revue des droits de l'homme*, 2018, n° 14 ; M. Mercat-Bruns et C. Giordano, « La nouvelle action de groupe et la discrimination fondée sur l'âge. La lutte contre les discriminations systémiques et l'inclusion des consommateurs âgés », *Retraite et société*, 2022, pp. 27-69.

⁷⁷ Voir not. F. Snellman, « Whose ageism? The reinvigoration and definitions of an elusive concept », *Nordic Psychology*, 2016, pp. 148-159 ; T. Nicolaj Iversen, L. Larsen et P. Erik Solem, « A conceptual analysis of ageism », *Nordic Psychology*, 2009, pp. 4-22 ; Voir aussi Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, « Update to the 2012 Analytical Outcome Study on the normative standards in international human rights law in relation to older persons », mars 2021, §§ 33-41.

⁷⁸ C. Mahler, rapport de l'experte indépendante chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme soumis au Conseil des droits de l'homme lors de sa 48^e session, 4 août 2021, A/HRC/48/53, spéc. §§ 59-61.

⁷⁹ R. Butler et M. Lewis, *Aging and Mental Health: Positive Psychosocial Approaches*, Indiana, New America Library, 1983.

⁸⁰ C. Mahler, *op. cit.*, §§ 25-27.

⁸¹ C. Bourdairé-Mignot et T. Gründler, « Accès aux soins : l'âge comme critère d'exclusion ? Les pleins et les déliés des recommandations éthiques au temps du Covid », *Retraite et société*, 2022, pp. 117-143.

⁸² A. Grover, monographie sur la réalisation du droit à la santé des personnes âgées par le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, rapport soumis au Conseil des droits de l'homme, 4 juillet 2011, A/HRC/18/37, § 13.

personnes âgées n'est pas réductible à l'âge. Elle résulte de la combinaison de plusieurs facteurs comme le fait de vivre en institution, dans un environnement collectif, en situation de dépendance, avec des comorbidités fréquentes et un isolement social souvent renforcé. À cela s'ajoutent aussi des déterminants sociaux comme le genre, le revenu ou l'origine. Ainsi, selon Charly Derave et Isaline Rorive, seule une approche intersectionnelle⁸³ permet de rendre compte de cette réalité complexe, sans enfermer la vieillesse dans une catégorie homogène.

15. Face aux limites observées dans l'effectivité des droits du patient dans le contexte du vieillissement, les recommandations internationales appellent à une refondation des pratiques et des politiques de soins. Le rapport de l'experte indépendante des Nations unies plaide ainsi pour une approche holistique du vieillissement fondée sur les droits humains, articulée autour de trois piliers : la lutte contre l'âgisme sous toutes ses formes, la reconnaissance pleine et entière des personnes âgées comme actrices de leurs droits, et l'adaptation des institutions de soins⁸⁴. De la sorte, en ce qui concerne le droit à la santé des personnes âgées, « les États devraient garantir l'égalité d'accès aux soins de santé, aux soins et à l'assistance de longue durée et aux soins palliatifs, en incluant les personnes âgées dans le processus d'élaboration des lois et des politiques. Ils devraient analyser de façon plus poussée la manière dont la discrimination fondée sur l'âge empêche les personnes âgées d'exercer pleinement leur droit de jouir du meilleur état de santé possible, notamment les effets aggravants et conjugués des facteurs qui se recoupent »⁸⁵. Cela rejoint les conclusions du rapport mondial sur l'âgisme de l'OMS qui suggère de revoir les politiques de santé en intégrant des critères de justice sociale et de non-discrimination liés à l'âge⁸⁶.

Dès lors, bien que les principes du droit des patients constituent un socle essentiel de protection, ceux-ci demeurent fragiles lorsqu'ils ne sont pas traduits en politiques concrètes, en pratiques professionnelles respectueuses ou en environnements de soins adaptés. À cela s'ajoutent également, dans le contexte fédéral belge⁸⁷, les difficultés résultant des nombreuses autorités compétentes en la matière⁸⁸. Il découle de ce qui précède une série d'exigences, comme la formation des professionnels

⁸³ Sur cette notion, voir E. Bribosia, R. Medard Inghilterra et I. Rorive, « Discriminations intersectionnelles en droit : mode d'emploi », *Rev. trim. dr. h.*, 2021, pp. 241-274 ; L. Tridon, « La discrimination intersectionnelle : analyse critique en droit belge et de l'Union européenne », *Rev. trim. dr. h.*, 2025, pp. 683-707 ; Voir également S. Fredman, *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*, Directorate General for Justice and Consumers (European Commission), European network of legal experts in gender equality and non-discrimination, 4 août 2016.

⁸⁴ C. Mahler, rapport de l'experte indépendante chargée de promouvoir l'exercice par les personnes âgées de tous les droits de l'homme soumis à l'Assemblée générale lors de sa 79^e session, 17 juillet 2024, A/79/167, § 54.

⁸⁵ C. Mahler, rapport... 48^e session, *op. cit.*, § 83.

⁸⁶ OMS, *Rapport mondial sur l'âgisme*, Genève, 2020.

⁸⁷ Au sujet de l'incidence de la répartition des compétences en matière de santé sur la gestion de la crise, voir, pour des analyses plus détaillées, F. Dewallens *et al.*, « COVID-19 en gezondheidsrecht: een eerste analyse », *Revue de droit de la santé*, 2020-2021, n^{os} 10-16, pp. 23-26 ; P. Minsier et Q. Peiffer, « Réflexions sur les règles de répartition des compétences lors de la crise du coronavirus Covid-19 », in S. Parsa et M. Uyttendaele (dir.), *La pandémie de Covid-19 face au droit*, Limal, Anthémis, 2020, pp. 103-135 ; J. Van Nieuwenhove et P. Popelier, « De bevoegdheidsverdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID-19-pandemie », *Tijdschrift voor Wetgeving*, 2020, pp. 303-313 ; J. Velaers, « Constitutionele lessen uit de COVID-19 crisis », *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, 2021, pp. 533-540 ; M. El Berhoumi, S. Van Drooghenbroeck et L. Losseau, « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise : la gestion de la pandémie de Covid-19 à l'épreuve de la répartition des compétences », in F. Bouhon, E. Slautsky et S. Wattier (dir.), *Le droit public belge face à la crise du COVID-19. Quelles leçons pour l'avenir ?*, Bruxelles, Larcier, 2022, pp. 83-139 ; K. Reybrouck et J. Van Nieuwenhove, « Het Belgische federalisme tijdens een noodsituatie: de COVID-19-pandemie als stresstest voor de bevoegdheidsverdeling », in K. Reybrouck, A. Roctus, M. Spinoy et W. Verrijdt (dir.), *De Belgische Grondwet en noodsituaties. Lessen van de COVID-19 pandemie*, Anvers, Larcier Intersentia, 2024, pp. 281-308 ; Sur la gestion de la crise à Bruxelles, voir K. Reybrouck et E. Slautsky, « Les institutions bruxelloises face à la pandémie de Covid-19 », *APT*, 2022, pp. 498-516 ; L. Losseau et G. Delvaux, *Bruxelles, région-capitale ingouvernable ? Instruments de cohérence et palliatifs illégaux dans le droit des politiques publiques bruxelloises*, Bruxelles, Larcier, 2024 ; Voir encore, pour un essai de synthèse sur le sort de Bruxelles plus généralement dans le mouvement de redistribution des compétences, E. Slautsky, « Le statut de Bruxelles dans l'organisation de la Belgique fédérale : vers un renforcement de la logique régionale ? », in A. Wirtgen (dir.), *30 jaar federalisme/30 ans de fédéralisme*, Bruges, Die Keure, 2024, pp. 177-202.

⁸⁸ L. Rigaux et M. Uyttendaele, « Relations entre l'autorité fédérale et les entités fédérées dans la gestion de la crise sanitaire », in F. Bouhon, E. Slautsky et S. Wattier (dir.), *op. cit.*, pp. 141-177.

à la lutte contre l'âgisme, la mise en place des mécanismes de plainte ou de contrôle, la garantie de la continuité des soins, mais aussi la protection du lien social et de la capacité à décider. Il convient encore de rajouter à cela la nécessité d'articuler ces exigences avec une réflexion éthique⁸⁹.

16. C'est à l'aune de ces recommandations – éthiques, normatives et structurelles – que s'ouvre la deuxième partie de cette contribution, consacrée à l'analyse du cadre juridique des structures de soins pour personnes âgées. Il ne s'agira donc pas, dans le cadre limité de cette contribution, d'examiner l'ensemble des politiques publiques relatives au grand âge, ni d'entrer dans les débats éthiques que soulèvent les fins de vie ou la dépendance⁹⁰. Il s'agira d'examiner, dans une perspective critique, si et comment le cadre juridique belge applicable aux maisons de repos, aux hôpitaux et aux soins à domicile permet de répondre à ces exigences et de garantir, dans les faits, un vieillissement digne.

Section 2

Enjeux organisationnels des soins aux personnes âgées : la santé des seniors à l'épreuve des lieux

17. L'analyse menée précédemment a montré combien l'affirmation des droits des patients âgés se heurte, dans la pratique, à des contraintes institutionnelles, à des fragilités liées à l'autonomie et à des enjeux propres au vieillissement. Ces droits, pour devenir effectifs, supposent notamment un ancrage concret dans les structures où les personnes âgées vivent et reçoivent des soins.

C'est pourquoi l'examen doit désormais se déplacer vers les lieux mêmes du soin, car c'est dans leur organisation et leur fonctionnement que se jouent, au quotidien, l'effectivité et la portée des droits consacrés à l'égard des personnes âgées. Qu'il s'agisse de la maison de repos, de l'hôpital ou du domicile, chacun de ces environnements impose ses règles, ses normes et ses contraintes propres, et conditionne différemment l'expérience vécue par les personnes âgées.

La présente section entend ainsi analyser, successivement, la prise en charge en maison de repos (A), à l'hôpital (B) et au domicile (C), afin de mettre en lumière la manière dont ces lieux traduisent les droits garantis aux seniors.

A. En maison de repos (et de soins)

18. Les maisons de repos et maisons de repos et de soins occupent une place importante dans le parcours de soins des personnes âgées. Elles constituent, pour une grande partie de la population, le dernier lieu de vie, conférant aux normes qui les régissent une importance majeure en matière de respect des droits fondamentaux. Or, ces normes ne sont pas homogènes. Elles résultent d'une répartition complexe des compétences entre plusieurs autorités et présentent, selon les entités fédérées, des orientations différentes qui influent sur l'effectivité des droits des personnes âgées.

Les constats opérés précédemment – notamment les enjeux entre l'affirmation des droits des patients âgés et les contraintes institutionnelles, ainsi que les difficultés liées à l'autonomie et

⁸⁹ H. Doucet, « Personnes âgées et soins de santé. La diversité des discours éthiques », *Gérontologie et société*, 2002, pp. 37-49.

⁹⁰ Voir, sur ce sujet, la contribution de Vanessa De Greef et Damien Scalia dans le présent ouvrage.

l'autodétermination – invitent à examiner comment les différentes réglementations en Wallonie et à Bruxelles organisent concrètement les soins de santé en maison de repos. La présente section entend analyser, dans une approche comparative, si et comment les dispositifs normatifs adoptés par les entités fédérées répondent aux enjeux identifiés précédemment. Il s'agit ainsi d'évaluer la portée de ces instruments réglementaires au regard des garanties qu'elles offrent effectivement aux résidents dans leur vie quotidienne.

L'examen se déploiera en cinq volets. Après avoir présenté le cadre normatif relatif au fonctionnement des maisons de repos (1), nous détaillerons l'organisation des soins de santé au sein des établissements, à travers les obligations relatives au dossier individuel, au projet de vie et aux procédures encadrant la qualité et la sécurité des soins (2). Le troisième volet s'attachera à l'encadrement du personnel et à la qualité des prestations, en analysant les normes relatives aux effectifs, aux qualifications et aux fonctions de coordination médicale (3). Le quatrième sera consacré à l'accès aux soins spécialisés, à la prévention et aux soins palliatifs, avec un accent sur la prise en charge des troubles cognitifs et la fin de vie (4). Le cinquième examinera les mécanismes de suivi, de contrôle et de transparence, essentiels pour garantir l'effectivité des droits (5).

1. Le cadre normatif et le fonctionnement des maisons de repos

19. L'encadrement des établissements pour les personnes âgées s'articule autour d'une répartition complexe des compétences entre le niveau fédéral et communautaire. Nous nous bornerons à présenter cette répartition de façon schématique en renvoyant le lecteur aux nombreuses contributions existantes à ce sujet⁹¹.

D'une part, les Communautés sont compétentes pour les matières personnalisables, dont la politique du troisième âge et la politique de santé. Depuis la sixième réforme de l'État⁹², les Communautés

⁹¹ Pour une analyse détaillée, voir M.-C. Dancot, J.-F. Dechamps, M. Dufrasne *et al.*, *Les compétences communautaires en matière de politique de santé*, Bruxelles, De Boeck, 1987 ; M. Dony et B. Blero, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 1990, 66 pp. ; H. Nys, « De bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid, in het bijzonder met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunst », *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, 1990, pp. 160-167 ; P. Quertainmont, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, 3^e éd., Bruxelles, Kluwer, 2001, pp. 39-50 ; S. Vansteenkiste, « Het gezondheidsbeleid », in G. Van Haegendoren et B. Seutin (dir.), *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, Bruges, Die Keure, 2001 ; P. Peeters, « Soins aux personnes âgées et maisons de repos : quelques aspects du partage des compétences législatives entre le pouvoir fédéral, les Communautés et les Régions », *Jurim Pratique*, 2010, pp. 99 et s. ; E. Mullier et G. Van Thuyne, « De l'agrément à l'autorisation : analyse juridique du régime juridique des maisons de repos en Flandre », *Jurim Pratique*, 2010, pp. 157-194 ; J. Ludmer, « Les nouvelles compétences des communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes ? », in J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), *La Sixième Réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthémis, 2013, pp. 397-410 ; P. Hannes, « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg? », in J. Velaers *et al.* (dir.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Anvers, Intersentia, 2014, pp. 367-399 ; S. Callens, L. Boddez et M. Leire, « Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg », in S. Callens et J. Peers (dir.), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Anvers/Cambridge, Intersentia, 2015, pp. 351-369 ; K. Reybrouck et S. Sottiaux, *De federale bevoegdheden*, Anvers, Intersentia, 2019, pp. 343-396 ; D. Dumont, « Les soins de santé : quels niveaux de pouvoir pour quels leviers ? », in C. Romainville et E. Slautsky (dir.), *La Belgique fédérale : forces et faiblesses d'un fédéralisme atypique*, Bruxelles, Larcier, 2024, pp. 269-330 ; C. Hugon, « La santé des Bruxellois est-elle entre les bonnes mains ? Les politiques de santé publique dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au prisme de la répartition des compétences : une étude descriptive et critique », *PubliAdmin*, 2025, pp. 3-42.

⁹² L. Detroux et A.-S. Renson, « La Sixième Réforme de l'État et les soins de santé », *La sécurité sociale dans l'État fédéral. Incidences de la Sixième Réforme de l'État et perspectives*, Limal, Anthémis, 2017, pp. 31-51 ; Pour une description détaillée de chaque transfert de compétence en matière de soins de santé, voir A.-S. Renson, « Soins de santé », in M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), *Dictionnaire de la Sixième Réforme de l'État*, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 797-825 ; Voir également H. Dumont, M. El Berhoumi et I. Hachez (dir.), *La Sixième Réforme de l'État : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ?*, Dossiers du Journal des tribunaux, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 104-105 ; J.

détiennent l'essentiel des leviers⁹³ à l'égard de « la politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées »⁹⁴ qui sont désignées comme étant « les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour et les centres de court séjour »⁹⁵. Les Communautés sont ainsi responsables de l'agrément des maisons de repos, de leur réglementation spécifique, de leur financement et, surtout, de leur contrôle périodique⁹⁶.

D'autre part, l'autorité fédérale conserve certaines compétences résiduelles, notamment à l'égard de l'assurance maladie (INAMI) qui intervient financièrement pour certains aspects du coût des soins de santé prodigués dans les maisons de repos⁹⁷. L'intervention de l'INAMI prend la forme d'une allocation forfaitaire versée aux établissements pour personnes âgées, sans lien direct avec les soins effectivement prodigués à chaque résident pris individuellement. Ce mode de financement explique la volonté de l'autorité fédérale de limiter le nombre de lits et de places dans les établissements

Velaers *et al.* (dir.), *op. cit.*, pp. 367-399 et 401-417 ; J. Van Nieuwenhove, « Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées », *Rev. b. séc. soc.*, 2015, pp. 265-306.

⁹³ Voir V. De Greef, « Maisons de repos », in M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), *op. cit.*, pp. 523-546.

⁹⁴ Art. 5, § 1er, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles tel que modifié par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État (M. B., 31 janvier 2014).

⁹⁵ *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord. 2013-2014, n° 5-2232/5, p. 6.

⁹⁶ D. Pire et X. Close, « La réglementation des maisons de repos et autres établissements d'accueil pour personnes âgées », in Fl. Georges, *Le droit des seniors...*, *op. cit.*, pp. 259-307.

⁹⁷ L'intervention financière de l'INAMI pour les prestations définies par l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité, coordonnée le 14 juillet 1994 (M. B., 31 juillet 1996), est fixée, pour les maisons de repos, par un arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, paragraphe 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées (M. B., 26 novembre 2003). Pour les maisons de repos, l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 conditionne l'octroi de l'intervention aux établissements concernés, par le respect de normes précises de personnel (praticiens de l'art infirmier, personnel de réactivation, personnel soignant), calculées en fonction de la catégorie de dépendance des personnes âgées accueillies. Pour évaluer la catégorie de dépendance des personnes âgées, il est recouru à un système communément appelé « l'échelle de Katz », dans lequel différents paramètres sont utilisés pour évaluer l'autonomie physique et psychique de la personne au regard d'actes de la vie courante comme se laver, s'habiller, transfert et déplacement, aller aux toilettes, continence et se nourrir du point de vue de la dépendance physique ; orientation dans le temps et dans l'espace du point de vue de la dépendance psychique (art. 151 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité). En fonction du résultat, une lettre (O, A, B ou C), supposée décrire son état de dépendance, est assignée à la personne (voir les articles 148, 148bis et 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité). L'article 150 décrit les patients de la catégorie O comme étant « les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments ». Les patients de la catégorie A sont les bénéficiaires qui « sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ; sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont entièrement indépendants physiquement ». Les patients de la catégorie B sont les bénéficiaires qui « sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette ; sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ». Les patients de la catégorie C sont les bénéficiaires qui « sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et aller à la toilette, et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ; sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace et ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, ils sont dépendants pour incontinence et ils sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger » ; Voir aussi J.-F. Funck, « Le statut social des seniors », in Fl. Georges, *Le droit des seniors...*, *op. cit.*, p. 48.

bénéficiant de cette intervention⁹⁸ : chaque place en maison de repos ou en maison de repos et de soins représente un coût substantiel pour l'INAMI, que le fédéral s'attache à maîtriser⁹⁹.

20. Cette répartition des compétences conditionne directement les procédures d'autorisation et de contrôle applicables aux établissements pour personnes âgées, lesquelles répondent à une logique commune, bien que déclinée par chaque autorité selon des normes qui leur sont propres¹⁰⁰.

Ainsi, malgré la multiplicité des législations applicables en matière d'autorisations pour établissements destinés aux personnes âgées¹⁰¹, la procédure peut, de manière simplifiée, se résumer en trois étapes. Dans un premier temps, chaque autorité détermine sa programmation, c'est-à-dire le nombre de lits autorisés par type d'établissement. Dans un second temps, il est vérifié que chaque établissement s'inscrit dans cette programmation, ce qui donne lieu à la délivrance d'une première autorisation. Enfin, dans un troisième temps, les établissements doivent démontrer leur conformité aux normes applicables, notamment en matière de sécurité, d'hygiène et de bien-être. Ces normes, nombreuses et variables selon le type d'établissement, sont définies de manière détaillée par la législation en vigueur.

21. À cet égard, au-delà de cette présentation générale, il convient désormais d'entrer dans le cœur du dispositif, en examinant la manière dont chaque entité fédérée a défini, par un cadre légal et réglementaire propre, la notion et les caractéristiques des maisons de repos¹⁰². Dans le cadre de la

⁹⁸ Les règles de base en matière de programmation – également désignées sous le terme de programmation générale, par opposition aux programmations particulières – relèvent, en principe, de la compétence de l'autorité fédérale (art. 5, § 1^{er}, I, 1^o, *lit. d*, de la LSRI). En pratique toutefois, elles sont définies dans des protocoles élaborés conjointement par l'autorité fédérale, les représentants des Communautés et Régions, ainsi que les différentes administrations réunies au sein de la Conférence interministérielle santé publique. Instituée en 1995 par le Comité de concertation, cette instance spécialisée assure la coordination politique des compétences en matière de politiques de santé (art. 31*bis* de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980 et la circulaire du 12 septembre 1995 relative aux conférences interministérielles, *M. B.*, 4 octobre 1995). Dépourvue de tout pouvoir décisionnel contraignant, elle peut néanmoins être « le lieu d'élaboration des accords de coopération visés à l'article 92*bis* de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles » et « constituer un lieu de concrétisation des diverses procédures de coopération prévues par les lois de réformes institutionnelles » (art. M3 de la circulaire du 12 septembre 1995 précitée). La création de cette Conférence interministérielle répondait à la nécessité d'établir des politiques communes, ou à tout le moins concertées, dans un domaine marqué par une forte imbrication des compétences (V. De Greef, « Les structures pour personnes âgées et la sixième réforme de l'État : Homes sweet homes ? », in J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), *op. cit.*, p. 434) ; Voir aussi C. const., 14 décembre 2005, n° 188/2005, B.4.4, et C. const., 9 décembre 2010, n° 135/2010, B.4.4.

⁹⁹ D. Pire et X. Close, *op. cit.*, p. 263 ; Voir aussi, sur l'impératif de limiter les dépenses dans ce secteur : C. const., 13 février 2002, n° 37/2002, B.1.3, et C. const., 14 mai 2003, n° 68/2003, B.8 à B.10.

¹⁰⁰ Sur la question des autorisations nécessaires pour les établissements pour personnes âgées, voir, pour la Wallonie et Bruxelles, A. Delfosse et K. Hoeven, « Établissements pour personnes âgées en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale : aperçu des autorisations nécessaires », *Jurim Pratique*, 2010, pp. 115-155 ; Pour les normes bruxelloises, voir M. Kaiser et E. Gourdin, « Les établissements pour personnes âgées en Région de Bruxelles-Capitale », in P.-O. De Broux et al. (dir.), *Le droit bruxellois*, 1^{re} éd., Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 1423-1453 ; Pour les normes applicables en Flandre, E. Mullier et G. Van Thuyne, *op. cit.*, pp. 157-194.

¹⁰¹ Décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M. B.*, 3 mai 2019 ; Code wallon de l'action sociale et de la santé (ci-après, « CWASS ») ; Ordonnance de la COCOM du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, *MB*, 16 mai 2008 (ci-après, « Ordonnance de la COCOM ») ; Décret germanophone du 13 décembre 2018 concernant les offres pour personnes âgées ou dépendantes ainsi que les soins-palliatifs, *M. B.*, 25 août 2019 ; Décret de la COCOF du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, *M. B.*, 23 janvier 2008 (ci-après, « Décret de la COCOF »).

¹⁰² Le terme « maison de repos » est utilisé de manière générique et renvoie aux définitions qu'en donnent les textes législatifs : « structure de soins résidentiels où les soins et le soutien sont offerts dans une infrastructure adaptée et dans un ensemble organisationnel dans un environnement de remplacement du domicile aux personnes âgées en demande complexe de soins et de soutien, qui y résident en permanence » (art. 33 du décret flamand du 15 février 2019 relatif aux soins résidentiels, *M. B.*, 3 mai 2019) ; « l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement d'ainés qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux » (art. 334, 2^o, *lit. a*, du Code wallon de l'action sociale et de la santé) ; « un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant fonctionnellement une résidence collective procurant un hébergement ainsi que des aides ou des soins aux personnes âgées qui y demeurent avec ou sans agrément spécial pour la prise en charge des personnes âgées fortement dépendantes et nécessitant des soins » (art. 2, 4^o, *lit. c*, de l'ordonnance bruxelloise du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, *M. B.*, 16 mai 2008) ; « structures d'hébergement pour personnes âgées dont l'offre, dans un ou plusieurs bâtiments, comprend les prestations suivantes : 1^o proposer des

présente analyse, les termes « maisons de repos » désignent également les établissements qui dispensent des soins aux personnes âgées, communément appelés « maisons de repos et de soins » lorsque cette dimension médicale est explicitement prise en compte. Ces établissements recouvrent toutefois des réalités différentes selon la région linguistique dans laquelle ils se situent, différences que nous ne détaillerons pas ici¹⁰³. Notre propos se limitera ainsi à examiner, de manière commune, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins. Le droit applicable en Communauté flamande et en Communauté germanophone ne sera pas examiné pour concentrer notre analyse sur la législation en vigueur en Région wallonne¹⁰⁴ et en Région de Bruxelles-Capitale. Cette analyse portera principalement sur les normes réglementaires fixant les conditions d'agrément, lesquelles précisent l'organisation interne, la structure des soins et les obligations en matière de qualité au sein de ces établissements¹⁰⁵.

2. *L'organisation des soins de santé au sein des établissements*

22. L'organisation des soins de santé au sein des maisons de repos constitue un enjeu central des réglementations adoptées par les différentes entités fédérées. Ces normes ont comme objectif commun de garantir une prise en charge continue et individualisée, respectueuse de la dignité de la personne âgée, tout en préservant au maximum son autonomie. Ce dernier objectif, rappelé cidessus¹⁰⁶, se traduit ici par des obligations formelles visant à replacer le résident au centre des décisions le concernant. Ainsi, les textes mettent en avant une logique de participation de la personne âgée.

Dans cette perspective, il convient de relever que, tant en Région wallonne qu'à Bruxelles, les textes inscrivent explicitement l'organisation des soins dans une logique de respect des droits fondamentaux. En Région wallonne, l'article 337 du CWASS énonce les principes généraux : respect des droits individuels, préservation de l'autonomie, participation à la vie sociale et maintien d'un environnement favorable au bien-être. Des dispositions similaires figurent aux articles 3 et 4 de l'Ordonnance de la COCOM qui insistent sur la liberté et la qualité des soins¹⁰⁷, ainsi qu'à l'article 7 du

logements adaptés ; 2° proposer des prestations ménagères, organisées par les personnes âgées ou auxquelles celles-ci peuvent avoir librement recours » (art. 19 du décret germanophone du 13 décembre 2018 concernant les offres pour personnes âgées ou dépendantes ainsi que les soins-palliatifs, *M. B.*, 25 août 2019).

¹⁰³ Sur les distinctions entre les maisons de repos et les maisons de repos et de soins ainsi que la politique du troisième âge et celle des soins de santé, voir V. De Greef, « Les structures... », *op. cit.*, pp. 429-448.

¹⁰⁴ Du côté de la Communauté française, la matière de la politique du troisième âge a fait l'objet, en 1993, d'un transfert de compétence, en application de l'article 138 de la Constitution, à la Région wallonne d'une part, et à la Commission communautaire française d'autre part (art. 3, 7°, du décret spécial de la Communauté française du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M. B.*, 10 septembre 1993 ; Décret wallon du 22 juillet 1993, *M. B.*, 10 septembre 1993 ; Décret de la COCOF du 22 juillet 1993, *M. B.*, 10 septembre 1993). Dans ce contexte, la Région wallonne, après plusieurs années d'application de la législation de la Communauté française (voir notamment le décret du 30 juin 1982 relatif aux centres de services communs, *M. B.*, 27 août 1982, le décret du 2 décembre 1982 créant un conseil consultatif du troisième âge, *M. B.*, 22 janvier 1983, et le décret du 10 mai 1984 relatif aux maisons de repos pour personnes âgées, *M. B.*, 15 juin 1984, modifiés par la suite à de multiples reprises), a adopté le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées (*M. B.*, 26 juin 1997), applicable exclusivement à la région unilingue de langue française.

¹⁰⁵ Pour la Région wallonne, il s'agit du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé (ci-après, « CWRASS ») et son Annexe n° 120 ; Pour la COCOM, il s'agit de l'arrêté du 18 janvier 2024 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements pour aînés, et les normes spéciales applicables aux groupements et fusions d'établissements, *M. B.*, 19 février 2024 (ci-après, « arrêté de la COCOM ») ; Pour la COCOF, il s'agit de l'arrêté 2008/1561 de la COCOF du 2 avril 2009 portant application du décret du 22 mars 2007 relatif à la politique d'hébergement et d'accueil à mener envers les personnes âgées, *M. B.*, 14 juillet 2009 (ci-après, « arrêté de la COCOF »).

¹⁰⁶ Voir *supra*, pt 18.

¹⁰⁷ Notons que le cadre légal de la COCOM prévoit des garanties spécifiques liées à la diversité linguistique (art. 4, 4o, de l'Ordonnance de la COCOM).

Décret de la COCOF qui consacre les droits fondamentaux des résidents. En outre, dans toutes les entités, le *libre choix du médecin* est garanti¹⁰⁸ et s'accompagne d'obligations pour l'établissement¹⁰⁹, notamment celle d'assurer une intervention médicale en cas d'urgence¹¹⁰.

Ces principes trouvent leur traduction dans un ensemble d'exigences telles que la tenue obligatoire d'un dossier individuel de santé, conçu comme un instrument de continuité et de traçabilité des soins (22.1) ; la reconnaissance de la participation du résident à la définition de son projet de vie (22.2) ; enfin, la formalisation de procédures visant à assurer la qualité et la sécurité des prestations (22.3). Ces trois instruments – dossier, projet de vie, procédures qualité – ne sont pas purement administratifs ou organisationnels : leur contenu et leur usage déterminent dans quelle mesure la personne âgée reste partie prenante des décisions qui la concernent.

22.1. Un élément commun à l'ensemble des réglementations réside dans l'obligation d'établir un *dossier individuel* pour chaque résident¹¹¹. Cette exigence, qui dépasse la simple dimension administrative, vise à garantir la continuité et la qualité des soins. En Wallonie, l'article 3.1.5 de l'Annexe n° 120 impose la constitution d'un dossier individuel, pour chaque patient, comportant un volet administratif et un volet soins¹¹². En outre, il est tenu un dossier *individualisé de soins* qui « assure une vision holistique du résident et permet d'avoir une connaissance de ses besoins, attentes et capacités résiduelles dans tous les volets de l'accompagnement »¹¹³. Ce dossier individualisé est conservé deux ans après la sortie du résident¹¹⁴. La COCOM va plus loin en structurant le *dossier individuel de santé* en plusieurs parties (administrative, médicale, psychosociale) et en intégrant des données sur les objectifs de santé, les mesures de contention et les déclarations anticipées¹¹⁵. Il est élaboré au moyen d'une évaluation multidisciplinaire de l'habitant lors de son entrée dans l'établissement¹¹⁶, mis à jour¹¹⁷ et conservé minimum trois ans après le départ du résident¹¹⁸. Contrairement au cadre réglementaire wallon, la COCOM adopte une approche plus intégrée du

¹⁰⁸ Art. 359, al. 2, 8o, du CWASS ; Art. 135, 9o, de l'arrêté de la COCOM ; Art. 66, § 1er, de l'arrêté de la COCOF.

¹⁰⁹ Art. 8.4, al. 2, de l'Annexe no 120 ; Art. 135, 9o, de l'arrêté de la COCOM ; Art. 8, § 6, de l'arrêté de la COCOF.

¹¹⁰ Voir également l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 décembre 2012 sur « Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) d'une maison de repos et de soins peut-il être le médecin traitant des résidents », a140009.

¹¹¹ Art. 340 du CWASS ; Art. 11, § 1^{er}, 5/1^o, de l'Ordonnance de la COCOM ; Art. 9, al. 1^{er}, 14^o, du Décret de la COCOF ; Voir également l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 25 octobre 2008 sur « Constitution et accessibilité des dossiers », a123002, et l'avis du 4 juillet 2015 sur « Accès au dossier médical d'un résident par le médecin coordinateur et conseiller (MCC) en maison de repos et de soins (MRS) », a150003

¹¹² Le dossier individuel contient notamment l'anamnèse, le diagnostic, le plan de soins, les directives médicales et, le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs. L'arrêté du Gouvernement wallon du 14 décembre 2023 modifiant l'annexe no 120 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé, en ce qui concerne la prise en charge de l'incontinence et de la nutrition au sein des maisons de repos et de soins et des maisons de repos (M. B., 5 février 2024), a modifié l'Annexe no 120 pour obliger les établissements, dès l'admission, à réaliser et actualiser régulièrement des évaluations relatives à la continence, à l'état nutritionnel, aux risques de chute et d'escarre. Ces évaluations sont consignées dans le dossier individualisé du résident et réévaluées au moins une fois par an, ainsi qu'après toute chute ou hospitalisation.

¹¹³ Art. 8.1.5 de l'Annexe no 120 ; Ce dossier, qui peut être tenu sur support papier ou informatisé, est accessible à tout moment au résident ou à son représentant, lesquels peuvent en obtenir une copie au prix coûtant (8.1). Il comprend notamment les directives médicales, infirmières, paramédicales et de kinésithérapie assorties de la mention quotidienne de leur exécution, des remarques du personnel et de tout autre soin presté (8.1.1), la date des visites médicales, les prescriptions médicamenteuses avec leur posologie, les soins requis, les examens demandés et le régime éventuel (8.1.2). Le dossier intègre les observations consignées dans d'autres outils de communication (8.1.6) et soutient la mise en œuvre du projet individualisé du résident, dans une démarche d'amélioration continue et en favorisant son autodétermination (8.1.7). Il est consulté et utilisé par l'ensemble du personnel de soins (8.1.8), chaque mention étant clairement attribuée à son auteur au moyen d'un paraphe personnel ou d'un code d'accès individuel, dont la liste est tenue à jour (8.1.9 et 8.1.10).

¹¹⁴ Art. 8.1.4 de l'Annexe no 120.

¹¹⁵ Art. 159 de l'arrêté de la COCOM.

¹¹⁶ Art. 157, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM.

¹¹⁷ Art. 159, § 2, al. 2, de l'arrêté de la COCOM.

¹¹⁸ Art. 159, § 4, al. 4, de l'arrêté de la COCOM.

dossier individuel en l'articulant avec le projet de vie de l'établissement¹¹⁹. Quant à la COCOF, il y est tenu, pour chaque résident, un *dossier individuel de soins* comprenant notamment le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière, les prescriptions médicales ou encore les déclarations anticipées¹²⁰. Ces dossiers sont protégés par le secret professionnel¹²¹ mais doivent être accessibles par le personnel des maisons de repos¹²². En Région wallonne, il est spécifié que le dossier est soumis aux règles du RGPD¹²³ et, du côté de la COCOM, l'accessibilité des données confidentielles relatives à la santé de l'habitant suppose une relation thérapeutique avec l'intéressé¹²⁴.

22.2. La participation du résident au *projet de vie*¹²⁵ institutionnel constitue un autre axe majeur au sein des maisons de repos. De la sorte, l'organisation des soins ne peut être dissociée de la logique plus globale du projet de vie, imposée dans chacune des entités. Ce projet, qui doit également être élaboré avec la participation des résidents et du personnel, constitue un instrument d'accompagnement des résidents. En effet, le degré de participation prévu par chaque régime a une incidence directe sur la capacité des personnes âgées à orienter leur parcours de soins et à préserver leur autonomie.

En Wallonie, le projet de vie, obligatoire pour tout établissement¹²⁶, inclut l'organisation des soins et impose une approche interdisciplinaire. Cela afin de permettre « aux résidents de préserver un sens à leur vie [et] que les membres du personnel puissent fonder leurs attitudes et leurs actions sur ce que les résidents considèrent comme essentiel »¹²⁷. Il prévoit en outre des dispositions relatives à l'accueil et au maintien d'un cadre de vie proche de l'environnement familial¹²⁸. Cette approche trouve une illustration parlante dans des initiatives telles que les programmes de médiation animale développés dans certaines maisons de repos¹²⁹. La COCOM encadre l'élaboration du projet de vie institutionnel, en imposant que celui-ci soit réalisé par le gestionnaire et le directeur en concertation avec le personnel et le conseil participatif¹³⁰. Ce document, centré sur la promotion de la qualité de vie et de la santé des aînés, doit intégrer la vision de l'établissement en matière de santé et, le cas échéant, de planification anticipée des soins, y compris en matière de soins palliatifs¹³¹. Les objectifs fixés par le projet de vie sont évalués annuellement¹³². La COCOF met en avant la concertation préalable entre le

¹¹⁹ Ainsi, le dossier individuel de santé comprend une partie relative à l'accompagnement de l'habitant et l'admission des soins, comprenant notamment les caractéristiques personnelles, les habitudes, le parcours de vie de l'habitant, les souhaits et attentes de l'habitant en ce qui concerne la vie au sein de l'établissement ainsi qu'en matière de loisirs ou d'activités sociales (art. 159, § 3, 3^o, de l'arrêté de la COCOM).

¹²⁰ Art. 63 de l'arrêté de la COCOF.

¹²¹ Art. 159, § 4, de l'arrêté de la COCOM.

¹²² Art. 340 du CWASS, et art. 160 de l'arrêté de la COCOM.

¹²³ Art. 8.1.3 de l'Annexe n° 120.

¹²⁴ Art. 160 de l'arrêté de la COCOM.

¹²⁵ Art. 359, al. 2, 10^o, du CWASS ; Art. 11, § 1^{er}, 3^o, de l'Ordonnance de la COCOM ; Art. 9, 10^o, du Décret de la COCOF.

¹²⁶ Art. 359, al. 2, 10^o, du CWASS.

¹²⁷ Art. 5.1 de l'Annexe n° 120.

¹²⁸ Art. 359, al. 2, 10^o, du CWASS.

¹²⁹ Comme l'a montré Juliette Renders dans une recherche consacrée aux chiens visiteurs, de telles activités permettent de rompre la monotonie institutionnelle, de recréer du lien social et d'apaiser l'anxiété, tout en redonnant aux résidents un sentiment d'utilité et de singularité. Ces dispositifs, bien que ponctuels, confirment que la participation et la qualité de vie, inscrites dans les textes, se mesurent à la capacité des établissements à dépasser la simple gestion des corps pour offrir aux aînés un cadre de vie porteur de sens (J. Renders, « Les chiens visiteurs en maison de retraite, analyse d'un dispositif », mémoire de fin d'études réalisé sous la direction de V. Servais, Université de Liège, 2023-2024, 71 pp.).

¹³⁰ Art. 22, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM.

¹³¹ Art. 22, § 2, 2^o, de l'arrêté de la COCOM

¹³² Art. 22, § 5, de l'arrêté de la COCOM.

médecin traitant, le directeur de la maison de repos et, le cas échéant, le médecin hospitalier avant l'admission¹³³, témoignant d'une approche davantage médicale que participative.

22.3. Les normes encadrant *l'administration des traitements*¹³⁴ montrent que la sécurité et la traçabilité sont indissociables du respect de la volonté et de la qualité de vie des résidents. Il existe une forte convergence du cadre normatif et réglementaire au sein des différentes entités. En effet, les trois réglementations exigent que la préparation individuelle des médicaments soit effectuée dans des conditions garantissant la sécurité et la traçabilité¹³⁵. Toutefois, la Wallonie autorise une préparation jusqu'à sept jours à l'avance¹³⁶, alors que la COCOM limite ce délai à quatre jours¹³⁷ et que la COCOF prévoit un maximum de trois jours¹³⁸. En tout état de cause, la conservation des médicaments dans un local fermé et leur traçabilité sont obligatoires, et le médecin doit pouvoir en contrôler, à tout moment, la bonne administration¹³⁹.

3. Encadrement du personnel et qualité des soins

23. L'organisation et la qualité des soins dans les maisons de repos reposent sur un double pilier que sont la disponibilité d'un personnel qualifié en nombre suffisant et la mise en œuvre d'une démarche « qualité » intégrée dans la gouvernance de l'établissement. Les trois entités ont consacré des normes précises à cet égard, traduisant une même philosophie : garantir la sécurité, la dignité et le bien-être des résidents, tout en favorisant leur autonomie et leur participation. Ces exigences se déclinent en plusieurs dimensions : d'une part, la définition des catégories de personnel et la détermination de ratios minimaux (23.1) ; d'autre part, la fixation de conditions de qualification et de formation continue (23.2) ; enfin, l'instauration de procédures qualité et d'instances de coordination médicale (23.4), avec un rôle attribué au médecin coordinateur ou au médecin référent (23.3).

23.1. Dans chacune des réglementations, trois grandes *catégories de personnel* sont identifiées : le personnel de direction et d'administration, le personnel d'hôtellerie et le personnel de soins¹⁴⁰. Au sein de cette dernière catégorie, les textes distinguent les praticiens de l'art infirmier¹⁴¹, les aides-soignants, les professions paramédicales et le personnel de réactivation¹⁴². L'objectif est de garantir, en toutes circonstances, un encadrement adéquat pour répondre aux besoins des résidents, en tenant compte de leur degré de dépendance¹⁴³. Ainsi, dans le cadre du projet de vie de l'établissement, le directeur et l'ensemble du personnel ont pour mission de créer un environnement propice à l'épanouissement des résidents, en veillant à la préservation de leur autonomie, de leur indépendance

¹³³ Art. 62 de l'arrêté de la COCOF.

¹³⁴ Sur cette question, voir R. H. Vander Stichele, C. Van De Voorde, M. Elseviers, C. Verrue, K. Soenen, M. Smet et al., « L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges », Health Services Research (HSR), Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), Bruxelles, 2006, 216 pp.

¹³⁵ Art. 8.3 de l'Annexe no 120 ; Art. 162 de l'arrêté de la COCOM ; Art. 65 de l'arrêté de la COCOF.

¹³⁶ Art. 8.3 de l'Annexe no 120.

¹³⁷ Art. 162, 2o, de l'arrêté de la COCOM.

¹³⁸ Art. 65, § 2, de l'arrêté de la COCOF.

¹³⁹ Art. 8.3, al. 2, de l'Annexe no 120 ; Art. 163 de l'arrêté de la COCOM ; Art. 165, § 2, al. 3, de l'arrêté de la COCOF.

¹⁴⁰ Art. 9 de l'Annexe n° 120 ; Art. 196 de l'arrêté de la COCOM ; Art. 44 et 46 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁴¹ En Wallonie et à Bruxelles, seuls les praticiens de l'art infirmier, aides-soignants et professions paramédicales reconnus par l'arrêté royal n° 78 peuvent intervenir dans les soins, tandis que la COCOF précise que le personnel infirmier et soignant doit être salarié et engagé sous contrat d'emploi, excluant en principe le recours à des indépendants sauf pour certaines catégories (art. 57, § 3, de l'arrêté de la COCOF).

¹⁴² Le personnel de réactivation est les personnes visées à l'article 1^{er}, 10^o, de l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

¹⁴³ Art. 9 de l'Annexe n° 120 ; Art. 196, al. 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM ; Art. 58, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOF.

et de leur qualité de vie¹⁴⁴. Un accent particulier est également mis sur l'amélioration de la communication entre les résidents et avec l'équipe encadrante afin de garantir un climat relationnel stimulant et respectueux de la dignité de chacun. Ce faisant, les entités fédérées embrassent une approche globale de la santé, conformément à la définition qu'en donne l'OMS, comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴⁵.

S'agissant plus spécialement des normes relatives au personnel, on peut noter que la Région wallonne prévoit une norme plancher de 1,5 équivalent temps plein (ETP) de personnel de soins et de réactivation par dix places agréées, complétée par des exigences spécifiques pour les maisons de repos et de soins : cinq ETP infirmiers pour trente résidents, assortis d'un infirmier en chef¹⁴⁶. La présence d'au moins un praticien de l'art infirmier ou d'un aide-soignant de jour comme de nuit est impérative¹⁴⁷, le cadre infirmier étant renforcé en fonction de la capacité d'accueil¹⁴⁸. La COCOM, sans imposer de ratios chiffrés aussi détaillés, exige que tout établissement « dispose de suffisamment de personnel infirmier, soignant, paramédical et psychosocial pour assurer en permanence l'accompagnement et les soins aux habitants, tant de jour que de nuit »¹⁴⁹. La COCOF s'aligne sur cette logique mais impose tout de même un minimum : la présence d'au moins un membre par tranche de soixante résidents durant la nuit¹⁵⁰ et celle d'un membre du personnel de soins par tranche entamée de dix résidents¹⁵¹. Une différence apparaît donc entre la Wallonie, où les exigences relatives au personnel sont densément prescrites, et Bruxelles (COCOM et COCOF), qui privilégie une approche davantage adaptable, tout en assortissant ces principes de garde-fous minimaux.

23.2. *L'exigence de qualification* des membres du personnel constitue un axe commun. Aucune divergence majeure n'apparaît ici. En effet, toutes les entités conditionnent l'exercice des fonctions à des titres requis et à une moralité irréprochable, ce qui vise à protéger le résident contre toute prise en charge inadaptée ou potentiellement abusive. Ainsi, les trois régimes imposent des conditions de moralité pour le gestionnaire, le directeur et le personnel, visant à prévenir tout risque lié à des antécédents judiciaires¹⁵².

La *formation continue* est un autre point commun des dispositifs normatifs. La Wallonie exige au moins deux jours par an pour le personnel soignant, en lien avec le projet de vie institutionnel et les problématiques rencontrées¹⁵³, tandis que la COCOM impose seize heures de formation sur deux ans pour l'ensemble du personnel¹⁵⁴, et quarante heures pour le personnel soignant et de réactivation¹⁵⁵, assorties d'un plan de formation continuée structuré pour chaque catégorie de membres du

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Constitution de l'Organisation mondiale de la santé adoptée par la Conférence internationale de la santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946 et signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946.

¹⁴⁶ Art. 9.3.4 et 9.3.9 de l'Annexe n° 120.

¹⁴⁷ Art. 9.3.11 de l'Annexe n° 120.

¹⁴⁸ Art. 9.3.10 de l'Annexe n° 120.

¹⁴⁹ Art. 208 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁵⁰ Art. 58, § 6, de l'arrêté de la COCOF.

¹⁵¹ Art. 58, § 2, de l'arrêté de la COCOF.

¹⁵² Art. 9 de l'Annexe n° 120 ; Art. 32 de l'arrêté de la COCOM ; Art. 45 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁵³ Art. 9.3.8 de l'Annexe n° 120.

¹⁵⁴ Art. 200, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁵⁵ Art. 200, § 1^{er}, al. 2, de l'arrêté de la COCOM.

personnel¹⁵⁶. La COCOF retient un volume encore plus élevé avec trente heures tous les deux ans pour un ETP¹⁵⁷.

23.3. La désignation d'un *médecin coordinateur* (en Wallonie) ou d'un *médecin référent* (à Bruxelles) constitue une exigence commune. En Wallonie, le médecin coordinateur¹⁵⁸, qui doit être un généraliste agréé et formé par un cycle spécifique¹⁵⁹, exerce des missions étendues en lien avec la politique de soins au sein de l'établissement : participation au projet de vie et au programme qualité, rédaction du rapport annuel sur la qualité des soins, organisation de la concertation pluridisciplinaire, coordination de la continuité des soins et de la politique de prescription, ou encore l'implication dans les plans d'urgence et la politique d'hygiène¹⁶⁰. À Bruxelles, la COCOM confie au médecin référent un rôle plus limité mais stratégique. Il lui revient des missions de gestion des crises sanitaires, de conseil sur le projet thérapeutique et sur la politique de soins, une participation à la cellule de crise et au plan d'action qualité, ainsi qu'un rôle consultatif en matière d'hygiène, de nutrition et de fin de vie¹⁶¹. Cette fonction est soumise à des obligations de formation continue et la réglementation prévoit un mécanisme de remplacement en cas d'absence¹⁶². La COCOF reprend, à l'instar des deux autres entités, la logique du libre choix du médecin traitant¹⁶³, mais sans détailler une fonction autonome comparable à celle de la Wallonie ou de la COCOM. Il en résulte une différence entre la Wallonie, qui attribue au médecin coordinateur un rôle opérationnel et central dans la gouvernance des soins, et la COCOM, qui tend à cantonner ce rôle à un registre plus consultatif.

23.4. Enfin, la *qualité des soins* fait l'objet d'une approche structurée dans les trois régimes. En Wallonie, le CWASS impose à chaque établissement une démarche qualité et d'amélioration continue, traduite par un plan de qualité bisannuel assorti d'objectifs, d'actions et d'indicateurs, avec un bilan à réaliser en concertation avec le personnel et les résidents¹⁶⁴. Cette démarche est complétée par des exigences contenues dans l'Annexe n° 120, comme la rédaction d'un rapport annuel d'évaluation des soins et la tenue d'enregistrements relatifs aux escarres, infections, chutes et aux mesures de contention¹⁶⁵. La COCOM impose un dispositif similaire, centré sur un plan d'action d'amélioration des pratiques et sur la formalisation d'un « manuel qualité » regroupant des procédures écrites¹⁶⁶, incluant l'hygiène, la prévention des infections nosocomiales, la politique nutritionnelle, la prévention des escarres et la gestion des médicaments. La COCOF, enfin, insiste sur la suffisance des effectifs et sur l'intégration des procédures dans le projet de vie¹⁶⁷, sans prévoir un mécanisme d'indicateurs aussi détaillé que celui de la Wallonie ou de la COCOM.

4. Accès aux soins spécialisés, de prévention et palliatifs

24. Au-delà des soins de base, l'effectivité du droit à la santé dans les établissements pour personnes âgées suppose l'accès à des soins spécialisés et à des dispositifs adaptés aux pathologies

¹⁵⁶ Art. 201, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM ; Les formations doivent être agréées par Iriscare ou organisées par des institutions reconnues (universités, institutions communautaires, hôpitaux, etc.). Au maximum, la moitié des heures peut être suivie en ligne, et un tiers peut être dispensé en interne. Les réunions pluridisciplinaires ne sont pas comptabilisées comme formation. Chaque établissement doit également élaborer, en concertation avec les équipes, un plan de formation biennal qui tienne compte du projet de vie de l'établissement. Ce plan doit couvrir, entre autres, des thématiques essentielles comme la bientraitance, la gériatrie, la diversité, les troubles cognitifs, la fin de vie, ou encore la qualité des soins. Le plan doit être transmis à Iriscare tous les deux ans à partir de juin 2024, accompagné d'un tableau récapitulatif des formations suivies.

¹⁵⁷ Art. 61 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁵⁸ Voir avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 7 juin 2008 sur le « Rôle et missions du médecin coordinateur dans les maisons de repos et de soins », a121004.

¹⁵⁹ Art. 9.3.12.1 de l'Annexe n° 120.

¹⁶⁰ Art. 9.3.12.4 de l'Annexe n° 120.

¹⁶¹ Art. 211 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁶² Art. 212 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁶³ Art. 8, § 6, de l'arrêté de la COCOF.

¹⁶⁴ Art. 1440/10 du CWASS.

¹⁶⁵ Art. 20.1 à 20.5 de l'Annexe n° 120.

¹⁶⁶ Art. 219 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁶⁷ Art. 58, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOF.

chroniques, aux troubles cognitifs et aux besoins liés à la fin de vie. Cette exigence se traduit dans les trois régimes par l'instauration de normes spécifiques organisant, d'une part, l'hébergement et l'accompagnement des résidents atteints de troubles cognitifs ou de démence dans des unités adaptées (24.1) et, d'autre part, l'intégration des soins palliatifs dans la prise en charge institutionnelle (24.2). À ces dispositifs s'ajoute la mise en place de liens fonctionnels avec des services hospitaliers spécialisés (gériatrie, soins palliatifs, unités psychogériatriques), afin d'assurer la continuité des soins et l'accès à une expertise médicale renforcée (24.3). Ces exigences qui reconnaissent les besoins spécifiques des personnes âgées sont assorties de modalités variables selon les entités fédérées, que ce soit pour la configuration des unités adaptées, l'organisation des soins palliatifs ou les obligations de conventionnement avec des services hospitaliers.

24.1. En Région wallonne, l'Annexe n° 120 du CRWASS impose la création d'*unités adaptées pour l'hébergement des personnes âgées désorientées* ou atteintes de troubles cognitifs majeurs. Ces unités doivent être organisées en espaces distincts, d'une capacité de huit à trente résidents, favorisant un cadre de vie familial et un environnement sécurisé, mais ouvert¹⁶⁸. Elles comprennent des aménagements spécifiques (espace cuisine intégré, zones circulaires, signalétique adaptée) et prévoient la participation des résidents aux activités de la vie quotidienne¹⁶⁹. La présence d'un membre du personnel de soins de sept heures à 21 heures est obligatoire¹⁷⁰, de même qu'une coordination quotidienne des activités et que la tenue d'une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire sous la supervision du référent « démence »¹⁷¹. Une obligation de formation permanente, d'au moins deux jours par an, est imposée aux professionnels affectés à ces unités¹⁷². Ces dispositions traduisent une approche individualisée centrée sur la personne, intégrant un « projet de vie spécifique » et des évaluations régulières des capacités restantes des résidents¹⁷³.

En comparaison, la Wallonie opte pour un encadrement plus strict, là où la COCOM et la COCOF privilégient l'intégration au sein des unités existantes, accompagnée de mesures ciblées de prise en charge. Ainsi, dans les réglementations bruxelloises, si la création d'unités adaptées n'est pas prévue, la COCOM impose la mise en place de politiques et de procédures spécifiques pour l'accompagnement des habitants atteints de troubles cognitifs majeurs ou de démence, incluant des techniques de réadaptation et des approches non médicamenteuses¹⁷⁴. Le plan de formation continuée doit également comporter des modules relatifs à la gériatrie et à l'accompagnement des troubles cognitifs¹⁷⁵. La COCOF adopte une logique comparable, en exigeant la présence d'un personnel suffisant et qualifié, mais sans imposer la structuration d'unités distinctes.

24.2. Quelle que soit l'entité compétente, l'encadrement des *soins palliatifs* en maison de repos poursuit les mêmes objectifs, en veillant au respect des volontés en fin de vie, au maintien d'un lien fonctionnel avec des équipes spécialisées et à la promotion d'une culture palliative au sein de l'établissement.

En Wallonie, ces exigences sont reprises au chapitre XI de l'Annexe n° 120. Le médecin coordinateur et conseiller, avec les infirmiers en chef, y joue un rôle central. Celui-ci promeut une culture des soins palliatifs, veille au respect des volontés du résident en matière de fin de vie et garantit la conformité

¹⁶⁸ Art. 18.1 de l'Annexe n° 120.

¹⁶⁹ Art. 18.2 de l'Annexe n° 120.

¹⁷⁰ Art. 18.3 de l'Annexe n° 120.

¹⁷¹ Art. 18.4 de l'Annexe n° 120.

¹⁷² Art. 18.6 de l'Annexe n° 120.

¹⁷³ Art. 18.8 et 18.9 de l'Annexe n° 120.

¹⁷⁴ Art. 219, § 1^{er}, 15°, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁷⁵ Art. 201, § 2, 8°, de l'arrêté de la COCOM.

aux législations relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs¹⁷⁶. Chaque maison de repos et de soins doit en outre disposer d'un lien fonctionnel avec un service hospitalier de soins palliatifs¹⁷⁷.

À Bruxelles, la COCOM adopte un dispositif proche. Elle exige un lien fonctionnel avec un service hospitalier de soins palliatifs¹⁷⁸ et la conclusion d'une convention qui prévoit l'organisation d'au moins une réunion par an¹⁷⁹. La COCOM se distingue toutefois par l'obligation supplémentaire de désigner un responsable interne¹⁸⁰ chargé d'organiser les soins palliatifs, de former les équipes et de diffuser une culture palliative au sein de l'établissement¹⁸¹. Cette désignation est imposée même aux maisons de repos qui ne sont pas reconnues comme maisons de repos et de soins¹⁸². Quant à la COCOF, elle prévoit l'établissement d'un lien fonctionnel avec un service de soins palliatifs ou une équipe hospitalière spécialisée¹⁸³. Contrairement à la COCOM, elle ne rend pas obligatoire la désignation d'un référent interne spécifiquement chargé de l'organisation des soins palliatifs.

24.3. Au-delà des soins palliatifs, les *liens établis entre maisons de repos et structures hospitalières* couvrent également d'autres domaines de prise en charge spécialisée, afin d'assurer la continuité des soins et de répondre aux besoins médicaux spécifiques des résidents. Dans les trois régimes, l'accès aux soins spécialisés repose sur des conventions de collaboration avec des services hospitaliers sur lesquels nous reviendrons¹⁸⁴. En Wallonie, les maisons de repos et de soins doivent établir un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (index G) ou un service de psychogériatrie¹⁸⁵. Des dispositions similaires existent à Bruxelles. Ainsi, la COCOM impose la conclusion de conventions écrites avec des services hospitaliers de gériatrie ou de psychogériatrie¹⁸⁶, ainsi qu'avec un médecin hygiéniste hospitalier ou la plateforme régionale d'hygiène hospitalière¹⁸⁷, renforçant ainsi la dimension préventive et le contrôle de l'hygiène. La COCOF, pour sa part, prévoit des liens fonctionnels non seulement avec les équipes hospitalières de soins palliatifs, mais aussi avec d'autres structures (résidences-services, centres de jour) pour favoriser la continuité et la diversification de l'offre¹⁸⁸.

5. Suivi, contrôle et transparence

25. L'effectivité des droits des résidents et la qualité des soins en maison de repos supposent la mise en place d'un dispositif de contrôle et de transparence. Ce dispositif vise non seulement à vérifier le respect des normes, mais aussi à garantir l'information des résidents, leur participation et la possibilité d'introduire un recours. Il repose sur plusieurs composantes, comme la réalisation de rapports périodiques de qualité (25.1), l'inspection (25.2), les mécanismes de sanction, les procédures de plainte (25.3), ainsi que la publicité de certaines informations auprès des autorités et du public (25.4). En comparaison, les trois entités prévoient des mécanismes similaires (évaluation interne, inspection, sanctions, procédures de plainte), mais la Wallonie et la COCOM mettent en place un cadre

¹⁷⁶ Art. 22.1 de l'Annexe n° 120.

¹⁷⁷ Art. 22.2 de l'Annexe n° 120.

¹⁷⁸ Art. 222, al. 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁷⁹ Art. 222, al. 2, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁸⁰ Art. 224, § 1^{er}, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁸¹ Art. 224, § 2, de l'arrêté de la COCOM.

¹⁸² Dans ce cas, ce responsable est un praticien de l'art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d'une certaine expérience en la matière.

¹⁸³ Art. 82 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁸⁴ Sur les services hospitaliers destinés aux personnes âgées, voir *infra* pt. 33.

¹⁸⁵ Art. 20.6 de l'Annexe n° 120.

¹⁸⁶ Art. 220 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁸⁷ Art. 221 de l'arrêté de la COCOM.

¹⁸⁸ Art. 82 de l'arrêté de la COCOF.

plus structuré et formalisé, avec un suivi administratif et budgétaire détaillé, tandis que la COCOF reste plus succincte et centrée sur des obligations minimales.

25.1. Ainsi, dans les trois régimes, *l'évaluation interne de la qualité* a pour objectif d'apprécier l'effectivité des normes applicables, d'orienter les actions d'amélioration et d'assurer un suivi régulier des pratiques au sein des établissements. La différence majeure réside dans la fréquence et la portée des rapports. En Région wallonne, chaque gestionnaire est tenu de rédiger, tous les trois ans, un rapport portant sur la qualité des services, des soins, de l'encadrement et de l'infrastructure, ainsi que sur les mesures d'hygiène, le projet de vie et la démarche d'amélioration des pratiques¹⁸⁹. Ce rapport est transmis à l'AVIQ, qui en assure la synthèse et formule des recommandations au ministre¹⁹⁰. Ce rapport s'inscrit dans une logique d'amélioration continue et complète les obligations relatives au plan qualité et aux évaluations annuelles. À Bruxelles, la COCOM impose également un système d'évaluation interne par le biais de rapports et d'un plan qualité, mais la réglementation met davantage l'accent sur la transmission de données statistiques et financières à Iriscare, permettant un suivi administratif et budgétaire¹⁹¹. La COCOF reste plus succincte et ne prévoit pas un rapport qualité aussi formalisé, privilégiant des obligations de base relatives au registre des plaintes et à l'affichage des informations¹⁹².

25.2. Le *contrôle externe* constitue la deuxième composante essentielle. En Wallonie, il est exercé par les agents désignés par le Gouvernement, disposant de pouvoirs étendus (visites inopinées, accès aux documents, interrogatoire des personnes concernées, prises de copies)¹⁹³. Le bourgmestre conserve également un rôle opérationnel en matière de contrôle de la sécurité et du bien-être, avec la possibilité de visiter et de transmettre un rapport au Gouvernement¹⁹⁴. La COCOM confie ce contrôle à Iriscare, dont les agents disposent du droit de visiter à tout moment les établissements¹⁹⁵. Des mécanismes spécifiques de suivi administratif¹⁹⁶ et financier¹⁹⁷ sont également institués, incluant la possibilité d'imposer un audit externe ou de désigner un commissaire en cas de rapport défavorable. La COCOF prévoit un contrôle plus classique, sans dispositions détaillées sur les audits financiers ou la collecte systématique de données, mais avec la possibilité pour les inspecteurs de consulter les registres de plaintes et les procès-verbaux du comité de participation¹⁹⁸.

25.3. Les trois régimes organisent un arsenal progressif de *sanctions*. En Wallonie, il comprend, outre la suspension ou le retrait du titre de fonctionnement¹⁹⁹, l'avertissement préalable²⁰⁰, la désignation d'un commissaire en cas de manquements graves²⁰¹ et la fermeture d'urgence pour des raisons de santé publique ou de sécurité²⁰². Ces mesures s'accompagnent d'une obligation d'information des résidents²⁰³. À cela s'ajoutent des sanctions administratives²⁰⁴ et pénales²⁰⁵, notamment pour exploitation sans agrément, fraude ou atteinte grave à la santé des résidents. La COCOM prévoit des sanctions similaires, avec une gradation comparable : injonctions, amendes

¹⁸⁹ Art. 365 du CWASS.

¹⁹⁰ Art. 1441 du CWRASS.

¹⁹¹ Art. 29/2 et 29/3 de l'Ordonnance de la COCOM.

¹⁹² Art. 19 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁹³ Art. 366, § 2, du CWASS.

¹⁹⁴ Art. 366, § 1^{er}, du CWASS.

¹⁹⁵ Art. 27 de l'Ordonnance de la COCOM ; À l'instar de ce qui est prévu en Région wallonne, les visites se font dans le respect de l'inviolabilité du domicile.

¹⁹⁶ Art. 29/2 de l'Ordonnance de la COCOM.

¹⁹⁷ Art. 29/3 de l'Ordonnance de la COCOM.

¹⁹⁸ Art. 19 de l'arrêté de la COCOF.

¹⁹⁹ Art. 369 du CWASS.

²⁰⁰ Art. 370 du CWASS.

²⁰¹ Art. 371 du CWASS.

²⁰² Art. 372 du CWASS.

²⁰³ Art. 374 du CWASS.

²⁰⁴ Des amendes de 250 à 25 000 euros sont prévues par l'article 375 du CWASS.

²⁰⁵ Art. 376 et 377 du CWASS.

administratives importantes²⁰⁶, suspension ou fermeture et sanctions pénales²⁰⁷. La COCOF adopte un dispositif analogue²⁰⁸.

25.4. Enfin, la *transparence* et l'*implication des résidents* constituent une dimension fondamentale. En Wallonie, chaque maison de repos doit créer un conseil des résidents qui se réunit au moins une fois par trimestre, avec un droit d'avis sur toute question relative au fonctionnement de l'établissement²⁰⁹. Un registre des plaintes est mis à disposition et présenté au conseil une fois par trimestre²¹⁰. Ces exigences sont complétées par l'affichage des décisions de suspension ou de retrait du titre de fonctionnement à l'entrée de l'établissement²¹¹. La COCOM prévoit la possibilité pour tout aîné, son représentant ou toute personne intéressée d'introduire une plainte auprès d'Iriscare²¹² et impose aux établissements de mettre en place une procédure écrite interne²¹³. Des obligations de communication des données administratives et financières à Iriscare viennent renforcer cette obligation de transparence. La COCOF se limite à imposer la tenue d'un registre des plaintes consultable par le comité de participation²¹⁴, sans prévoir de recours externe spécifique, ce qui limite, par rapport au cadre réglementaire des deux autres entités, les garanties en cas de défaillance grave de l'établissement.

B. À l'hôpital

26. Après les structures résidentielles que constituent les maisons de repos, l'hôpital occupe une place singulière dans le parcours des personnes âgées. Leur présence y est marquée par une double réalité : d'une part, une surreprésentation dans les admissions hospitalières, en raison de polyopathologies ou de décompensations aiguës ; d'autre part, la nécessité d'adapter l'institution à leurs besoins spécifiques, afin d'éviter les risques d'iatrogénie, de perte d'autonomie ou d'hospitalisation prolongée.

C'est dans ce contexte qu'ont été développés, à côté des services classiques, des structures et dispositifs dédiés à la gériatrie. Ceux-ci se déclinent sous des formes complémentaires : le service gériatrique, unité spécialisée centrée sur le diagnostic, le traitement et la réadaptation des patients âgés (1), le programme de soins gériatriques, qui assure une approche transversale et coordonnée à l'échelle de l'hôpital et au-delà (2), et le service Sp pour affections psychogériatriques, qui prend en charge les patients âgés présentant des troubles psychiatriques et somatiques, en articulant les dimensions médicales, psychiques et sociales de leur accompagnement (3).

1. Service gériatrique

27. Le service de gériatrie constitue une unité hospitalière spécialisée dans la prise en charge globale des patients âgés. Centré sur le diagnostic, le traitement, la réadaptation fonctionnelle et les soins dans un cadre adapté, il répond à des normes d'agrément précises fixées par l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre²¹⁵. Il s'agit du texte qui fixe les normes générales d'agrément des différents types de lits

²⁰⁶ Art. 28/1 de l'Ordonnance de la COCOM.

²⁰⁷ Art. 29 de l'Ordonnance de la COCOM.

²⁰⁸ Art. 50 du Décret de la COCOF.

²⁰⁹ Art. 21.1 à 21.4 de l'Annexe n° 120.

²¹⁰ Art. 21.5 de l'Annexe n° 120.

²¹¹ Art. 369 du CWASS.

²¹² Art. 26/1, al. 1^{er}, de l'Ordonnance de la COCOM.

²¹³ Art. 17 de l'Ordonnance de la COCOM.

²¹⁴ Art. 19 du Décret de la COCOF.

²¹⁵ Les normes d'agrément des services gériatriques figurent à l'annexe 20 de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, M. B., 7 novembre 1964.

hospitaliers et, notamment, des lits G, c'est-à-dire des lits du service de gériatrie. Outre des normes d'organisation générale, l'arrêté royal impose, pour l'agrément, le respect de normes architectoniques, de normes fonctionnelles et de normes d'organisation dont nous détaillons le contenu ci-après.

28. Tout d'abord, l'agrément est réservé aux services d'hôpitaux généraux consacrés au diagnostic gériatrique, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle et à l'hospitalisation de patients gériatriques dans les meilleures conditions. Les services isolés (hors d'un hôpital général) doivent, quant à eux, conclure une liaison fonctionnelle écrite avec un service de gériatrie d'un hôpital proche. Cette convention précise les modalités de collaboration médicale et paramédicale, la politique d'admission et de transfert, le recours aux services médico-techniques ainsi que les actions de concertation et de formation continue²¹⁶.

Le service accueille des patients gériatriques atteints de polyopathologies susceptibles de provoquer une invalidité ou un séjour prolongé sans traitement approprié. Il prend en charge les phases aiguës et subaiguës, évolutives et non stabilisées, nécessitant des soins spécialisés. L'âge moyen des patients hospitalisés doit être d'au moins 75 ans²¹⁷.

Les normes d'agrément fixent également les *objectifs thérapeutiques*. L'approche doit être centrée sur un traitement actif visant le rétablissement optimal du potentiel physique, psychique et social, un retour rapide à un mode de vie autonome. L'hospitalisation ne peut être de longue durée. La durée moyenne de séjour ne doit en principe pas dépasser 45 jours²¹⁸. Les normes d'agrément insistent sur ce point : « L'hospitalisation dans le service G ne peut en aucun cas être une hospitalisation de longue durée pour des personnes âgées »²¹⁹.

29. Des *normes architectoniques*²²⁰ sont également fixées par la réglementation. À titre d'exemple, on peut citer le fait que les unités doivent être fonctionnellement séparées des autres services²²¹, être accessibles aux fauteuils roulants²²², disposer d'un système d'appel efficace dans tous les locaux²²³ et prévoir des installations sanitaires adaptées (proximité, accessibilité, assistance)²²⁴.

Le service doit comprendre au moins une unité de 24 lits²²⁵, disposer d'un local d'examen²²⁶, d'une salle à manger, d'espaces de séjour et, si possible, d'une salle pour les exercices collectifs²²⁷. L'architecture doit mettre l'accent sur l'aspect familial et favoriser la vie collective (repas pris ensemble, activités socioculturelles, kinésithérapie et ergothérapie en groupe)²²⁸.

30. Ensuite, dans le but de prodiguer des soins de qualité, des *normes fonctionnelles* sont imposées. Le service doit disposer du personnel médical, infirmier et paramédical qualifié²²⁹. Ainsi, la direction médicale du service de gériatrie doit être confiée à un médecin spécialiste agréé en

²¹⁶ Annexe 20, pt 1, de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

²¹⁷ *Ibid.*, pts 2 et 3

²¹⁸ *Ibid.*, pt 4.

²¹⁹ *Ibid.*, pt 4.

²²⁰ *Ibid.*, l.

²²¹ *Ibid.*, l, pt 1.

²²² *Ibid.*, l, pt 5, al. 2.

²²³ *Ibid.*, l, pt 4.

²²⁴ *Ibid.*, l, pt 5.

²²⁵ *Ibid.*, l, pt 6.

²²⁶ *Ibid.*, l, pt 7.

²²⁷ *Ibid.*, l, pt 8.

²²⁸ *Ibid.*, l, pt 9.

²²⁹ *Ibid.*, III.

médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie²³⁰. S'agissant des normes relatives au personnel soignant, il est prévu que le service doit disposer d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres du personnel infirmier, paramédical et/ou aides-soignants pour 24 lits agréés, dont au moins certains doivent être porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie²³¹.

La prise en charge multidisciplinaire est également encouragée par les *normes d'agrément*. Ainsi, un dossier détaillé doit être constitué dès l'admission, reprenant les données sociales, médicales, infirmières et paramédicales²³². Il est complété par un programme de traitement établi par le médecin, en concertation avec l'équipe soignante et paramédicale²³³. Cette équipe pluridisciplinaire – composée du médecin, de l'infirmier en chef, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du psychologue, de l'assistant social et du logopède – se réunit chaque semaine afin d'évaluer l'évolution du patient²³⁴.

31. L'accent est enfin mis sur la nécessité d'un accueil des patients qui tienne compte de leur âge. Ainsi, il est prévu de créer « au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients gériatriques »²³⁵. Les normes imposent aussi de tenir « compte de ces besoins lors de l'établissement des horaires de travail, du rythme des différentes activités et occupations, de la répartition du travail entre les divers membres du personnel »²³⁶. La vie collective est encouragée : « les patients mangeront, si possible, en groupe dans la salle à manger. La kinésithérapie et l'ergothérapie seront organisées autant que possible en groupe. Des activités socio-culturelles seront également organisées. »²³⁷

2. *Programme de soins pour le patient gériatrique*

32. À côté des services gériatriques, c'est-à-dire des unités de soins spécialisées, émerge en 2007 le *programme de soins pour le patient gériatrique*. Cette évolution témoigne d'un déplacement du centre de gravité qui ne se limite plus à organiser et financer un service hospitalier isolé, mais qui se conçoit comme un ensemble cohérent articulé autour du parcours de soins du patient âgé. Comme le relevait déjà le Conseil fédéral des établissements hospitaliers dans un avis du 8 juin 2006 : « Alors qu'auparavant, l'accent était placé, tant pour la programmation, l'agrément, que pour le financement, sur l'organisation et la gestion efficiente des centres d'activité (unité de soins, quartier opératoire, laboratoire...), on accorde actuellement davantage d'attention à la conceptualisation, à la gestion et au financement du processus des soins. En d'autres termes, les notions d'efficacité et de qualité sont de moins en moins évaluées dans le centre d'activité où le patient "passe", dans le cadre de son trajet de soins, à l'inverse du design et de la réalisation du trajet en lui-même »²³⁸. Ce passage des services vers les programmes de soins transforme les lieux de soins en espaces de coordination, de prévention et de réadaptation, centrés sur les besoins spécifiques du patient âgé. Il s'inscrit dans une logique de

²³⁰ *Ibid.*, III, pts 1 à 2.

²³¹ *Ibid.*, III, pt 3..

²³² *Ibid.*, II, pt 4

²³³ Le nombre du personnel de l'équipe soignante est fonction du nombre de lits du service.

²³⁴ Annexe 20, II, pt 4, al. 4, de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

²³⁵ *Ibid.*, III, pt 6.

²³⁶ *Ibid.*, III, pt 6, al. 2.

²³⁷ *Ibid.*, II, pt 4

²³⁸ SPF Santé publique, Conseil national des établissements hospitaliers, *Avis relatif à l'organisation axée sur les programmes de soins au sein d'un hôpital*, 8 juin 2006, CNEH/D/268-1.

réseau, où l'hôpital collabore étroitement avec les structures extrahospitalières pour garantir une prise en charge continue et adaptée²³⁹.

L'arrêté royal du 29 janvier 2007 s'inscrit dans cette logique en établissant les conditions d'agrément des programmes de soins gériatriques dans les établissements hospitaliers belges²⁴⁰. L'agrément est obligatoire pour tout hôpital disposant d'un service de gériatrie agréé²⁴¹. Les hôpitaux dépourvus d'un tel service doivent conclure une convention de collaboration fonctionnelle avec un établissement agréé, exigence également applicable aux services de gériatrie isolés²⁴².

Le programme de soins pour le patient gériatrique marque ainsi une évolution majeure dans l'organisation des lieux de soins²⁴³. Il ne s'agit plus seulement de disposer d'un service hospitalier spécialisé, mais de structurer un véritable parcours de soins autour du patient gériatrique, en intégrant les différentes composantes nécessaires à une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée²⁴⁴. Ainsi, ce programme repose sur une articulation entre plusieurs dispositifs²⁴⁵ : un service de gériatrie agréé (indice G), une consultation gériatrique (activité ambulatoire), un hôpital de jour gériatrique (HJG), une liaison interne (équipe mobile intervenant dans les autres services hospitaliers) et une liaison externe (coordination avec les structures de soins ambulatoires et résidentiels)²⁴⁶. Ces composantes doivent être disponibles, au minimum, sur un site hospitalier.

Le service G demeure la référence hospitalière, mais il est désormais intégré dans un dispositif qui vise à détecter précocement les patients à profil gériatrique, à organiser leur prise en charge dès l'admission et à assurer la continuité des soins après leur sortie.

33. *L'hôpital de jour gériatrique* joue un rôle central dans cette logique²⁴⁷. Il permet de réaliser une évaluation gériatrique globale, d'éviter des hospitalisations inutiles et d'assurer une revalidation ambulatoire intensive. Il s'adresse aux patients vivant à domicile ou en institution, présentant des problématiques complexes telles que la démence débutante, les chutes ou la perte d'autonomie.

Comme le service, le programme s'adresse prioritairement aux patients âgés de 75 ans et plus, présentant des caractéristiques gériatriques telles qu'une polyopathie ou une fragilité accrue, des tableaux cliniques atypiques, une pharmacocinétique modifiée, un risque élevé de déclin fonctionnel ou de malnutrition, une dépendance ou des problématiques psychosociales²⁴⁸. Un dépistage

²³⁹ Voir T. Locoge, A. Vranckx et S. Ben Messaoud, « Les obligations positives de l'État et l'accessibilité des soins au sein de l'hôpital », in P. Colson et al. (dir.), *op. cit.*, pp. 55-57.

²⁴⁰ Arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, *M. B.*, 7 mars 2007.

²⁴¹ Art. 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁴² Art. 2, § 1^{er}, al. 2, de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁴³ L'ensemble du programme repose sur une coordination structurée, assurée conjointement par le gériatre chef de service et l'infirmier en chef, chacun bénéficiant d'un financement forfaitaire. Il implique également une réforme du financement des soins, avec des normes d'encadrement adaptées (16 ETP soignants et quatre ETP paramédicaux par 24 lits), une revalorisation des professions gériatriques, et une informatisation des outils de screening et de suivi.

²⁴⁴ La coordination du programme de soins gériatriques est assurée par un médecin chef de service, spécialiste en gériatrie, un infirmier responsable, titulaire du titre professionnel particulier en gériatrie. Ces responsables sont chargés de la rédaction du manuel gériatrique pluridisciplinaire, de la mise en œuvre de la politique qualité et de l'enregistrement des données relatives aux soins gériatriques.

²⁴⁵ Art. 6 de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁴⁶ Voir chapitre V de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁴⁷ Arrêté royal du 26 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant, d'une part, les normes auxquelles le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre pour être agréé et, d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers, *M. B.*, 18 avril 2014.

²⁴⁸ Art. 3 de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

systématique est requis pour identifier les patients éligibles au programme²⁴⁹. S'agissant de l'hospitalisation de jour, on relèvera que la nomenclature des soins de santé prévoit plusieurs prestations qui y sont réalisées et prises en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Il s'agit notamment du *bilan diagnostique spécialisé de la démence* par un médecin spécialiste en neurologie, en psychiatrie ou en gériatrie, accrédité, avec un rapport écrit. Cette prestation peut uniquement être attestée sur prescription motivée du médecin généraliste ou spécialiste traitant pour un patient chez qui on suspecte une démence débutante. Elle comprend l'évaluation de l'examen neuropsychologique et des différents examens techniques complémentaires en imagerie médicale, en biologie clinique ou en psychiatrie, pour autant qu'ils soient nécessaires.

Le rapport écrit communiqué au médecin traitant prescripteur comporte le résultat des examens effectués, le diagnostic et un plan de traitement avec une proposition de traitement médicamenteux éventuel, d'appui aux soignants informels, de suivi psychosocial et de revalidation psycho-cognitive éventuelle.

Une autre prestation réalisée en hospitalisation de jour gériatrique qui mérite d'être soulignée est le *bilan pluridisciplinaire*. Cette prestation doit être prescrite par le médecin généraliste traitant et est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe gériatrique multidisciplinaire. Elle comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient de 75 ans ou plus, à l'aide de tests fonctionnels validés. À la suite de cette prestation, le médecin établit un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans un établissement de soins chroniques.

34. La *liaison interne gériatrique*, quant à elle, vise à identifier et accompagner les patients gériatriques hospitalisés dans des services non spécialisés²⁵⁰. Elle repose sur une équipe pluridisciplinaire qui intervient dès l'admission pour orienter le patient vers le service G si nécessaire, préparer sa sortie, et éviter les réadmissions²⁵¹. La liaison externe gériatrique assure ainsi la continuité des soins entre l'hôpital et la première ligne (médecin généraliste, soins à domicile, maisons de repos).

3. Service de revalidation psychogériatrique

35. Pour compléter cette évolution vers une organisation intégrée des soins hospitaliers aux personnes âgées, il convient enfin de relever l'existence de services spécifiquement dédiés aux affections psychogériatriques. Le *service Sp destiné aux affections psychogériatriques*²⁵² répond au constat que la fréquence des troubles psychiatriques et cognitifs chez les patients âgés, souvent associés à des pathologies somatiques, impose une prise en charge spécialisée articulant de manière étroite les dimensions médicale, psychique et sociale.

Ainsi, le service est agréé pour accueillir des patients âgés nécessitant un diagnostic et/ou traitement psychiatrique et somatique, une prise en charge multidisciplinaire visant le rétablissement ou le maintien du potentiel physique, psychique et social du patient²⁵³. Le service peut être situé dans un hôpital psychiatrique, à condition d'assurer une séparation architecturale et fonctionnelle avec les

²⁴⁹ Art. 4 de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁵⁰ Art. 16 de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁵¹ Art. 17 de l'arrêté royal du 20 janvier 2007.

²⁵² Annexe 11, IIIbis, de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

²⁵³ *Ibid.*, IIIbis, pt 1.

autres services²⁵⁴. En outre, l'organisation doit permettre aux patients une liberté de mouvement maximale à l'intérieur du service, tout en garantissant leur sécurité²⁵⁵.

De plus, une liaison fonctionnelle écrite doit être établie avec des structures extrahospitalières telles que : maisons de soins psychiatriques, maisons de repos et de soins, centres de santé mentale, services de soins à domicile²⁵⁶. Cette liaison vise à assurer la continuité des soins et du suivi post-hospitalier.

36. Enfin, les médecins réputés compétents pour ce service sont spécialisés en médecine interne et gériatrie, neuropsychiatrie, psychiatrie et neurologie²⁵⁷. Si le médecin responsable ne possède pas toutes les compétences requises, il doit pouvoir faire appel à des spécialistes à tout moment²⁵⁸. Chaque unité de soins gériatriques doit rassembler une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un infirmier en chef²⁵⁹. Cette équipe regroupe des infirmiers, aides-soignants, paramédicaux et psychologues, afin d'assurer une prise en charge globale et intégrée du patient âgé. Des concertations régulières sont prévues pour garantir la cohérence des interventions thérapeutiques et relationnelles²⁶⁰.

C. Les soins à domicile²⁶¹

37. Le maintien à domicile constitue, pour la très grande majorité des personnes âgées, un objectif prioritaire. Il répond au désir de demeurer dans son environnement familial, en conservant ses repères, ses habitudes et de façon relativement autonome²⁶². Cette aspiration, associée au souci de préserver la qualité de vie et l'insertion sociale, est désormais reprise par les pouvoirs publics qui, depuis une quinzaine d'années, en ont fait une priorité politique²⁶³. Elle s'inscrit dans une double logique qui est, d'une part, d'offrir une alternative à l'institutionnalisation et, d'autre part, de contenir les coûts liés au vieillissement démographique²⁶⁴. Toutefois, comme le relève Philippe Defeyt, cette

²⁵⁴ *Ibid.*, IIIbis, pt 2.

²⁵⁵ *Ibid.*, IIIbis, pt 4.

²⁵⁶ *Ibid.*, IIIbis, pt 3.

²⁵⁷ *Ibid.*, IIIbis, pt 6.

²⁵⁸ *Ibid.*, IIIbis, pt 6, al. 2.

²⁵⁹ Par unité de soins, le service doit disposer : d'un infirmier en chef (préférentiellement spécialisé en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie), de huit infirmiers pour chaque tranche de 30 lits occupés, avec une spécialisation ou expertise en gériatrie ou psychiatrie, et de six aides-soignants. Par ailleurs, par tranche de 30 lits, le service doit compter au moins un kinésithérapeute mi-temps, au moins un ergothérapeute, logopède ou autre professionnel paramédical temps plein, et par tranche de 90 lits, un psychologue temps plein et un assistant social ou infirmier spécialisé en santé publique temps plein (*Ibid.*, IIIbis, pts 7 et 8).

²⁶⁰ *Ibid.*, IIIbis, pt 9.

²⁶¹ Les auteurs remercient Maitres Elvira Barbé et Félicien Denis, avocats au barreau de Bruxelles, pour leur précieuse collaboration à la rédaction de cette section.

²⁶² Voy. J. Klimaviciute, P. Pestieau, S. Perelman et J. Schoenmaeckers, « Pourquoi s'occupe-t-on de ses vieux parents ? », in A. Vandenhooft, S. Carbonnelle, T. Eggerickx, V. Flohimont et S. Perelman (dir.), *Vieillesse et entraide. Quelles méthodes pour décrire et mesurer les enjeux*, Namur, PUN Namur, 2017, pp.159-183 ; A. Laferrère et J. Schoenmaeckers, « Do Europeans really feel better at home than in a nursing home? », *American Journal of Epidemiology*, 2025.

²⁶³ Voir le protocole n° 2 du 1^{er} janvier 2003 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (*M. B.*, 30 novembre 2004). Ce protocole a été modifié et/ou complété par un avenant n° 1 du 8 décembre 2003 (*M. B.*, 12 mars 2004), un avenant n° 2 du 25 mai 2004 (*M. B.*, 27 septembre 2004), et des avenants n°s 3, 4 et 5 du 13 juin 2005 (*M. B.*, 28 avril 2006).

²⁶⁴ Cette tendance va d'ailleurs de pair avec une politique de réduction des dépenses sociales et une politique visant à réduire le nombre de lits hospitaliers (voir, à ce sujet, P. Quertainmont, *op. cit.*, pp. 63 et 115). En effet, depuis les années 2000, la diminution du nombre de lits est un trait commun des politiques hospitalières dans les pays de l'OCDE. Cette diminution est en partie imputable aux évolutions des techniques médicales qui provoquent partout la baisse de la durée moyenne des séjours en milieu hospitalier. Toutefois, ce n'est pas la seule explication. Il a par exemple été mis en avant que la durée d'hospitalisation tendait à être en moyenne plus longue dans les régions disposant d'une capacité de lits plus importante. L'existence de lits excédentaires peut menacer la viabilité et le bon fonctionnement des hôpitaux. De plus, il importe d'avoir également égard au changement de mentalité dans la population. Beaucoup de personnes souhaitent passer la période de convalescence à leur domicile, privilégiant un système de soin ambulatoire ; Voir D. Deom et P. Quertainmont, « L'évolution

orientation politique demeure encore largement « un slogan » qui ne s'accompagne ni d'une véritable prospective, ni d'outils statistiques suffisants permettant d'anticiper le nombre de ménages qui auront besoin, à l'avenir, d'aides familiales et de soins infirmiers²⁶⁵.

La diversité des acteurs et des dispositifs illustre la volonté de garantir une continuité des soins et une proximité avec le bénéficiaire. Pourtant, cette pluralité engendre une complexité croissante. C'est particulièrement le cas à Bruxelles, où la superposition des services, l'hétérogénéité des statuts et la fragmentation des informations créent une illisibilité du système, au point que certaines personnes âgées se retrouvent « invisibles », exclues de fait de l'offre, malgré la volonté affichée de les maintenir à domicile²⁶⁶. Dans ce contexte, la coordination multidisciplinaire entre intervenants – infirmiers, aides familiales, médecins, aidants proches – devient essentielle, mais reste trop souvent tributaire de ressources limitées et d'un manque de structuration institutionnelle²⁶⁷. En outre, l'accessibilité financière des soins à domicile dépend étroitement des mécanismes d'agrément, de subventionnement et de prix, ce qui entraîne des disparités régionales et sociales renforçant les inégalités d'accès²⁶⁸. Enfin, la multiplication des intervenants fragilise l'effectivité des droits du patient – droit à l'information, au consentement, au libre choix – en diluant les responsabilités et en risquant de réduire la personne âgée à une posture passive dans son propre parcours de soins²⁶⁹.

Pour illustrer ces enjeux, l'analyse portera, d'une part, sur le cadre organisationnel et institutionnel des soins à domicile (1) et, d'autre part, sur les différents acteurs qui interviennent concrètement dans ce secteur (2).

1. Le cadre organisationnel et institutionnel

38. La mise en place et l'encadrement des services de soins et d'aide à domicile doivent être compris à la lumière de la répartition des compétences. Ainsi, conformément à l'article 128 de la Constitution, les Communautés sont compétentes pour les matières personnalisables, parmi lesquelles figure la politique de santé. L'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles énumère ces matières qui comprennent notamment l'« organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne »²⁷⁰. Les travaux préparatoires précisent que cette compétence couvre notamment « les services intégrés de soins à domicile »²⁷¹.

récente du droit de la santé et de la législation hospitalière en Belgique », *APT*, 1991, p. 226 ; G. Vincent et P. Garel, « L'Europe des hôpitaux : diversité et convergence », *RAE-LEA*, 2003-2004, p. 197 ; V. De Greef, « Maisons de repos », *op. cit.*, pp. 543-546..

²⁶⁵ M. Mormont, « Vieillir chez soi : ouvrir les possibles », *Santé conjuguee*, 2022, n° 100, p. 22

²⁶⁶ Sur la complexité institutionnelle bruxelloise et de son impact sur la conduite des politiques publiques, voir L. Losseau et G. Delvaux, *op. cit.* ; L. Losseau et G. Delvaux, « La gestion des matières communautaires à Bruxelles : repenser les termes du dilemme communautaire-régional pour mieux répondre aux besoins sociaux et de santé des bruxellois », in J. Clarenne, M. El Berhoumi, I. Hachez et F. Tulkens, *Droit constitutionnel et démocratie : de la nation à l'Europe*, Bruxelles, Larcier/Intersentia, 2025, pp. 625-644.

²⁶⁷ L. Noël, « Regards croisés sur le maintien à domicile : personnes âgées, aidants et professionnels », *La Revue Nouvelle*, 2011, n° 5-6.

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ Voy. E. Bassoli, M. Lefebvre et J. Schoenmaeckers, « Home vs. nursing care: Unpacking the impact on health and well-being », *Social Science and Medicine*, 2025, p. 118533.

²⁷⁰ Art. 5, § 1^{er}, I, 6^o, de la LSRI inséré par la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État.

²⁷¹ Par « organisation des soins de santé de première ligne et soutien des métiers de la santé de première ligne », l'on entend « l'encadrement infrastructurel et organisationnel du niveau de soins de santé en dehors des hôpitaux aigus où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même. Ainsi, les communautés deviennent par exemple compétentes pour les règles relatives aux cercles des médecins généralistes qui organisent les services de garde, le fonds Impulseo pour la médecine générale [...], le financement des cercles de médecins généralistes [...], les réseaux locaux multidisciplinaires, les services intégrés de soins à domicile [...], les actions de prévention menées par les dentistes et les commissions médicales [...] » (proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, Doc. parl., Sénat, sess. 2012-2013, no 5-2232/1, pp. 39 et

Une large part de ces matières a été transférée par la Communauté française à la Région wallonne et à la COCOF pour ce qui concerne le territoire francophone²⁷². La Wallonie exerce sa compétence par l'intermédiaire de l'AVIQ, qui agréé et finance les services intégrés de soins à domicile²⁷³. Sur le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, c'est la COCOM qui assume ces compétences bipersonnalisables, c'est-à-dire applicables directement aux personnes et aux institutions ne se rattachant pas exclusivement à une seule Communauté²⁷⁴.

39. Dans la suite de notre exposé, nous limiterons notre analyse aux deux dispositifs centraux de coordination mis en place pour structurer les *soins à domicile* : d'une part, les services intégrés de soins à domicile (a)²⁷⁵ et, d'autre part, les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile (b)²⁷⁶. Ces structures se distinguent par leur vocation pluridisciplinaire, puisqu'elles visent à assurer une prise en charge intégrée combinant soins de santé et aide sociale. En revanche ne seront pas abordés les services consacrés exclusivement à l'aide à domicile, tels que les services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA)²⁷⁷.

a) Les services intégrés de soins à domicile (SISD)

40. Le service intégré de soins à domicile est « l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines »²⁷⁸. Les SISD veillent ainsi à l'organisation pratique et à l'encadrement, par zone de soin déterminée, des prestations fournies par les prestataires de soins aux patients dans le cadre des soins à domicile.

Ces services procèdent notamment à l'évaluation de l'autonomie du patient, à l'élaboration et le suivi d'un plan de soins, la répartition des tâches entre les prestataires des soins ainsi qu'à la concertation multidisciplinaire²⁷⁹. Ils constituent donc un point nodal de la coordination, en facilitant la

40 ; Voir aussi H. Dumont, *La Sixième Réforme de l'État : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis ?*, 1re éd., Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 104 et 105.

²⁷² Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M. B.*, 25 juin 2014, art. 3, 6°.

²⁷³ La liste des services intégrés de soins à domicile agréés en Région wallonne est disponible sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestationsde-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/soins-a-domicile-services-integres#entites-federeescompetentes-depuis-le-1er-janvier-2019>.

²⁷⁴ Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloise, *M. B.*, 14 janvier 1989, art. 63, al. 1^{er} ; *Doc. parl.*, Sénat, sess. 2012-2013, n° 5-2321/1, pp. 6-8.

²⁷⁵ Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, *M. B.*, 15 août 1980, art. 1^{er}, 1°.

²⁷⁶ Art. 22 du décret du 5 mars 2009 de l'Assemblée de la Commission communautaire française concernant les centres de coordination de soins et de services à domicile, *M. B.*, 22 juillet 2009.

²⁷⁷ Concernant les services d'aides à domicile, voir en Région wallonne : les services d'aides aux familles et aux aînés (SAFA) organisés par les articles 1^{er}, 219 à 260 et 698 du Code wallon de l'action sociale et de la santé et par les articles 12 et 320 à 360 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé ; en Région de Bruxelles-Capitale : les services d'aide à domicile (SAD) organisés par l'ordonnance du 7 novembre 2002 de l'Assemblée réunie de la COCOM relative aux centres et services de l'aide aux personnes (*M. B.*, 27 novembre 2002) et par le décret de l'Assemblée de la COCOF du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (*M. B.*, 8 mai 2009).

²⁷⁸ Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, *M. B.*, 15 août 1980, art. 1^{er}, 1°.

²⁷⁹ Voir art. 3, 8 et 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, *M. B.*, 5 octobre 2002.

communication entre médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et autres professionnels intervenant au domicile du patient²⁸⁰.

41. Le financement des SISD est assuré par l'assurance obligatoire soins de santé²⁸¹, conformément aux dispositions de la loi AMI, et leurs conditions d'organisation et de financement ont été précisées par l'arrêté royal du 15 décembre 2009²⁸². Par ailleurs, pour pouvoir bénéficier de ce financement, les SISD doivent être agréés par le ministre de la Santé publique, conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes d'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile²⁸³.

42. En Région wallonne, la procédure et les conditions d'agrément spécial SISD sont fixées aux articles 1898 à 1910 du CRWASS²⁸⁴. Ce régime vise à encadrer l'organisation des services afin de garantir aux patients – et particulièrement aux personnes âgées – des soins coordonnés, continus et adaptés à leurs besoins. La demande d'agrément doit comprendre plusieurs éléments essentiels²⁸⁵, tels que la liste nominative du personnel et de ses qualifications, les conventions conclues avec d'autres établissements de soins, ainsi que les statuts et la ou les zones de soins couvertes²⁸⁶. Ces conditions permettent de s'assurer que le service dispose de ressources humaines qualifiées et de partenariats fonctionnels, éléments indispensables à une prise en charge multidisciplinaire. Le mécanisme de zonage, qui impose de définir précisément le territoire couvert par le SISD, garantit en outre une organisation territoriale cohérente, favorable à la proximité et à la continuité des soins.

En Région de Bruxelles-Capitale, la COCOM – par l'intermédiaire de Vivalis et de Iriscare – est compétente, depuis la sixième réforme de l'État, en ce qui concerne les services intégrés de soins à

²⁸⁰ En Région wallonne, il s'agit du SISD WAPI (Service intégré de soins à domicile en Wallonie picarde), du SISD Région du centre et Soignies (SISD RCS), du SISD du Brabant wallon (ECCOSAD), du Groupement pluraliste liégeois des services et soins à domicile (GLS), du SISD de l'Est francophone (SISDEF), du SISD Carolo, du SISD Nord et Sud du Luxembourg, du SISD de Namur Ouest, du SISD Namur-Meuse et du SISD UOAD (liste disponible sur le site internet de l'AVIQ : <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-et-aides-domicile/service-integre-de-soins-domicile-sisd>).

²⁸¹ Par ailleurs, en Région wallonne, l'art. 43-7, 5^o, du CWASS prévoit que les organismes assureurs wallons interviennent dans le coût des « prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile, ainsi que dans le financement prévu à l'article 36terdecies de la loi du 14 juillet 1994, tel que précisé par l'arrêté royal du 15 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile ».

²⁸² Le financement fédéral prévu par l'article 36terdecies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui habilite le roi à fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire accorde un financement à ces services, en lien avec les normes définies à l'article 170, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins. Ce dernier article précise qu'une agrégation spéciale peut être accordée aux services intégrés de soins à domicile, aux services de soins infirmiers à domicile et aux maisons de repos agréées, afin d'organiser des soins permettant de raccourcir ou d'éviter un séjour hospitalier. Ces dispositions ont été mises en œuvre par l'arrêté royal du 15 décembre 2009 (M. B., 23 décembre 2009), lequel prévoyait qu'un financement annuel soit accordé par l'INAMI aux services intégrés de soins à domicile agréés et autorisés, sous la forme d'un montant forfaitaire par habitant de leur zone de soins.

²⁸³ M. B., 5 octobre 2002 ; Cet arrêté a toutefois été abrogé pour la Région flamande (art. 12, 3^o, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 26 avril 2019), la Région de Bruxelles-Capitale (art. 16 de l'arrêté du Collège réuni du 23 mai 2019) et la Communauté germanophone (art. 1, 5^o, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 11 février 2016).

²⁸⁴ Les SISD doivent introduire leur demande d'agrément auprès de l'administration compétente (art. 1900 du CRWASS). L'administration dispose d'un délai de trente jours pour examiner la complétude du dossier. À défaut de réponse, celui-ci est réputé complet (art. 1902 du CRWASS). Si les conditions sont remplies, un agrément spécial provisoire est accordé pour une durée de six mois renouvelable (art. 1903 et 1905 du CRWASS). La décision précise la zone de soins couverte, qui doit correspondre aux zones fixées en annexe au CRWASS, avec possibilité de dérogation pour tenir compte des limites des cercles de médecins généralistes (art. 1904 du CRWASS). Pendant la période de validité de l'agrément provisoire, l'administration instruit le dossier, procède à une inspection et sollicite l'avis de la Commission wallonne de la santé (art. 1906 du CRWASS). Le ministre statue dans un délai de trois mois (art. 1907 du CRWASS). La décision d'agrément définitif fixe la durée et la zone de soins pour lesquelles l'autorisation est accordée (art. 1908 du CRWASS). Afin d'éviter toute rupture dans l'organisation des services, la réglementation impose d'introduire une demande de prorogation six mois avant l'échéance de l'agrément (art. 1909 du CRWASS). L'agrément en cours est réputé prorogé de plein droit jusqu'à ce que le ministre ait statué, ce qui prévient tout vide juridique et permet au service de continuer à fonctionner. Là encore, l'administration instruit le dossier, procède à une inspection et sollicite l'avis de la Commission wallonne de la santé (art. 1910 du CRWASS).

²⁸⁵ Art. 1900 du CRWASS.

²⁸⁶ Art. 1901 du CRWASS.

domicile²⁸⁷. Les quatre associations existantes (à savoir SISDBruxelles, Conectar, RML-B et Palliabu²⁸⁸) ont fusionné en 2019 afin de mettre en place une *structure régionale d'appui à la première ligne*, Brusano²⁸⁹. Cet acteur de première ligne sociale santé est qualifié plus précisément de structure d'appui à l'ambulatoire. Brusano, à l'instar des SISD, a notamment pour mission de veiller à l'appui, la coordination et l'organisation des différents acteurs de la première ligne de soins de la Région de Bruxelles-Capitale²⁹⁰.

b) Les centres de coordination des soins et de l'aide à domicile (CSAD)

43. À côté des SISD, les CSAD assurent un rôle complémentaire de coordination, principalement orienté vers l'intégration de l'aide sociale et des prestations de soins²⁹¹. Leur mission consiste à évaluer les besoins du bénéficiaire, à mettre en place un encadrement pluridisciplinaire et à élaborer,

²⁸⁷ La loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État a inséré, parmi les matières personnalisables relevant de la compétence des Communautés, en ce qui concerne la politique de la santé, « l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne » à l'article 5, paragraphe 1^{er}, l, 6^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. Sur le territoire de la Région bruxelloise, la COCOM gère les matières bipersonnalisables, soit les matières personnalisables pour lesquelles les Communautés ne sont pas compétentes sur le territoire bilingue de la Région de Bruxelles-Capitale. Ces matières concernent, d'une part, les mesures qui s'appliquent directement aux personnes et, d'autre part, aux institutions qui, en raison de leur organisation, ne se rattachent pas exclusivement à l'une des Communautés (Const., art. 135 ; loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloise, *M. B.*, 14 janvier 1989, art. 63, al. 1^{er} ; *Doc. parl.*, Sénat, sess. 2012-2013, n° 5-2321/1, pp. 6-8).

²⁸⁸ Projet d'ordonnance de l'assemblée réunie de la Commission communautaire commune relative à la politique de première ligne de soins, *Doc.*, Ass. réun. CCC, 2018-2019, B-154/1, p. 2.

²⁸⁹ Voir le Budget général des Dépenses de la Commission communautaire commune pour l'année budgétaire 2023, *Doc.*, Ass. réun. CCC, 2022-2023, B-137/2, p. 94.

²⁹⁰ Ordonnance du 4 avril 2019 précitée, art. 8, 3^o, et art. 3 des statuts de Brusano déposés le 22 mai 2025 ; Voir plus précisément les missions listées aux articles 4, 5, 19 et 25 des décret et ordonnance conjoints du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 précités.

²⁹¹ En Région wallonne, les articles 434 à 491 du CWASS ainsi que les articles 1567 à 1607 du CWRASS règlent la coordination des soins à domicile. L'intervention du CSAD débute par une rencontre entre le coordinateur et le bénéficiaire (art. 1567 du CRWASS). À cette occasion, un document d'information est remis et un dossier de coordination est ouvert. Ce dossier doit contenir un diagnostic de la situation, une proposition de plan d'intervention et la mention des besoins couverts et non couverts (art. 1568 du CRWASS). La deuxième étape de la prise en charge consiste à mobiliser les services ou prestataires nécessaires à la mise en œuvre du plan d'intervention. Le coordinateur doit stimuler la réflexion pluridisciplinaire et formaliser un plan communiqué au bénéficiaire, dont l'accord conditionne toute mise en œuvre (art. 1569 du CRWASS). Une évaluation annuelle du plan d'intervention est obligatoire et doit se dérouler en présence du bénéficiaire (art. 1570 du CRWASS). Le plan peut être réévalué en cours de prise en charge, avec un accord à nouveau requis du bénéficiaire. La réglementation impose l'enregistrement de toutes les étapes de la prise en charge, y compris les réunions de concertation multidisciplinaire, les contacts avec les prestataires et les décisions de clôture de l'intervention (art. 1571 à 1573 du CRWASS). Chaque CSAD doit disposer d'outils standardisés (fiche d'appel et dossier de coordination, art. 1574 du CRWASS) et conclure des conventions encadrant ses collaborations avec les prestataires et avec les services assurant la permanence téléphonique 24 heures sur 24 (art. 1575 à 1577 du CRWASS). Les CSAD sont soumis à des inspections régulières portant à la fois sur le respect des conditions d'agrément et sur l'effectivité de la coordination (art. 1588 du CRWASS). En cas de manquement, des sanctions peuvent aller jusqu'à la suspension ou le retrait de l'agrément (art. 1591 à 1594 du CRWASS). Le financement repose sur une subvention annuelle couvrant les frais de personnel et de fonctionnement, complétée par une partie variable liée à l'activité (nombre d'évaluations, réunions de coordination, visites de suivi), ce qui incite à maintenir une dynamique de coordination effective (art. 1595 et 1595/1 du CRWASS). En Région de Bruxelles-Capitale, les centres de coordination de soins et de services à domicile sont régis par le décret du 5 mars 2009 de l'Assemblée de la Commission communautaire française concernant les centres de coordination de soins et de services à domicile (*M. B.*, 8 mai 2009). Ce décret, dans ses articles 22 à 24, définit le service de coordination comme une structure ambulatoire ayant pour mission de permettre à toute personne – qu'elle soit confrontée à la maladie, au handicap ou au vieillissement – de rester à domicile dans la dignité et le respect de sa liberté. Le service organise la coordination des soins et des services à domicile en élaborant, en concertation avec le médecin traitant, les prestataires, l'utilisateur et son entourage, un plan de soutien régulièrement évalué (art. 22 à 24). Les conditions d'agrément sont précisées aux articles 52 à 57 du décret. Elles imposent notamment que le service assure la coordination de l'ensemble des prestations nécessaires au maintien à domicile (aide familiale, soins infirmiers, kinésithérapie, télévigilance, soutien psychologique, etc.), organise un système de veille 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, et tienne un dossier de coordination accessible aux prestataires intervenant auprès de l'utilisateur. Le décret distingue en outre trois catégories de services en fonction des missions assumées, du nombre de dossiers actifs et du type de permanence téléphonique (art. 54 à 56). Enfin, le financement et les normes sectorielles sont fixés par les articles 129 à 129ter. Ils prévoient que les subventions couvrent les frais de fonctionnement et les indemnités de coordination, permettent le maintien des moyens en cas de fusion de services, et ouvrent la possibilité de subventionner des collaborations avec des centres sociaux-santé intégrés (art. 129 à 129ter).

en concertation avec le médecin traitant, le bénéficiaire et son entourage, un projet de soutien qui sera régulièrement évalué et adapté²⁹².

Ces centres doivent être agréés²⁹³ et bénéficient de subventions pour l'accomplissement de leurs missions²⁹⁴. En Région wallonne, on en compte une vingtaine²⁹⁵, tandis qu'en Région bruxelloise, cinq centres sont actuellement reconnus²⁹⁶. La législation prévoit la possibilité de fédérer plusieurs centres²⁹⁷, sous la forme d'ASBL²⁹⁸, afin de défendre leurs intérêts et d'obtenir, le cas échéant, une reconnaissance et un subventionnement public²⁹⁹.

44. Ainsi, tant les SISD que les CSAD poursuivent comme objectif d'organiser une prise en charge multidimensionnelle, centrée sur la personne âgée, et ce afin d'assurer la cohérence entre les multiples intervenants du domicile.

2. Les acteurs des soins et de l'aide à domicile

45. Au-delà des structures de coordination, le domicile est le lieu d'intervention d'une pluralité d'acteurs aux statuts et missions variés. Aux côtés des professionnels de santé (a) interviennent également de nouveaux statuts légaux (aidant qualifié, aidant proche) (b) et des services d'aide agréés par les entités fédérées (aides familiales, gardes à domicile, assistants AVJ, etc.) (c). Ensemble, ces acteurs contribuent à assurer la continuité des soins, à préserver l'autonomie et à soutenir le cadre de vie des personnes en perte d'indépendance.

a) Les professionnels de santé

46. Le cœur du dispositif des soins à domicile est constitué par les infirmiers dont l'exercice est encadré par la LEPS³⁰⁰. En pratique, l'infirmier organise et exécute des soins préventifs, curatifs et palliatifs, assure le suivi clinique (paramètres, pansements, polymédication), éduque le patient et son entourage, et apporte les ajustements nécessaires auprès du médecin traitant et des autres prestataires³⁰¹. Ce rôle s'exerce dans un cadre légal précis qui définit les actes autorisés et leurs modalités d'exécution afin, notamment, de garantir sécurité et traçabilité au domicile.

²⁹² Ils sont définis à l'article 434 du Code wallon de l'action sociale et de la santé ainsi qu'à l'article 22 du décret du 5 mars 2009 de l'Assemblée de la Commission communautaire française concernant les centres de coordination de soins et de services à domicile.

²⁹³ Art. 463 du CWASS ; Décret du 5 mars 2009 précité, art. 52 à 57.

²⁹⁴ Art. 469 du CWASS ; Décret du 5 mars 2009 précité, art. 129-129ter.

²⁹⁵ À savoir : CSDMouscron Comines, CMDPA, CMDTournaisis, IMSTAM, CSD Mut, VAD SH, ASD du Hainaut Oriental, ASD en Brabant wallon, CADO, VAD BW, COSEDI Brabant wallon, ASD Liège-Huy-Waremme, VAD PLG, CSD Liège, ACDI, MAD Liège, ASD Arrondissement de Verviers, SAFPA, CSD de Mons Wallonie Picarde, ASD Mons-Borinage, SCSAD Charleroi, COSEDI Hainaut-Namur, VAD province de Namur, ASD en province de Namur, CSD province de Namur, CORSADE, ASD en province de Luxembourg, CSD en province de Luxembourg, CSD en Brabant wallon, Office d'Aide aux Famille LXB et CHUPMB.

²⁹⁶ À savoir : Soins à domicile, COSEDI, Soins chez soi, Centrale de services et de soins à domicile (CSD) et Bruxelles Assistance III^e Millénaire.

²⁹⁷ Voir ainsi : FEDOM (Fédération wallonne de services d'aide à domicile), FASD (Fédération de l'aide et des soins à domicile), FECOSEDI (Fédération des centres de coordination de soins et de services à domicile indépendants), ACCOORD (Association des centres de coordination de soins et services à domicile), FB (Fédération des services bruxellois d'aide à domicile).

²⁹⁸ Art. 474 du CWASS.

²⁹⁹ Art. 476 du CWASS.

³⁰⁰ Art. 45 à 61 de la LEPS ; En outre, l'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier (*M. B.*, 24 octobre 2006). Chaque titre professionnel particulier et qualification professionnelle particulière est régi par un arrêté ministériel qui fixe notamment des obligations de formation continue.

³⁰¹ Art. 46 de la LEPS.

Sur le plan des qualifications, trois profils se complètent. Tout d'abord, *l'infirmier responsable de soins généraux* (IRSG)³⁰² exerce l'ensemble des soins infirmiers tels que définis par la loi et occupe la position de coordination clinique au quotidien³⁰³. Ensuite, *l'assistant en soins infirmiers* (AESI) exerce l'art infirmier dans des situations moins complexes, de manière autonome ou, lorsque la situation se complexifie, au sein d'une équipe structurée aux côtés de l'IRSG (ou du médecin en l'absence d'IRSG)³⁰⁴. Ses actes techniques sont listés par arrêté et encadrés par des procédures et plans de soins³⁰⁵. Enfin, *l'aide-soignant* assiste l'IRSG (ou l'AESI)³⁰⁶ pour les soins d'hygiène et de confort, la surveillance et certaines tâches techniques strictement déterminées par voie réglementaire, sous contrôle infirmier et dans une équipe de soins structurée³⁰⁷.

En outre, un niveau d'expertise avancée est en cours d'intégration avec le titre *d'infirmier de pratique avancée* (IPA)³⁰⁸. L'IRSG titulaire d'un master et d'une expérience clinique attestée peut – dans des limites strictes de complexité et de risque, et dans le cadre d'une convention de collaboration interprofessionnelle – poser des actes cliniques et certains actes médicaux, orienter et prescrire des

³⁰² L'article 45, paragraphe 1^{er}, de la LEPS prévoit que l'exercice de l'art infirmier est réservé aux titulaires du diplôme/titre d'infirmier responsable de soins généraux obtenu au terme d'une formation d'au moins trois années (crédits ECTS possibles), totalisant au minimum 4 600 heures d'enseignement théorique et clinique, dispensée par des enseignants en soins infirmiers et autres personnes compétentes au sein des universités, établissements d'enseignement supérieur (ou équivalents), écoles professionnelles d'infirmiers ou programmes de formation professionnelle en soins infirmiers. Il existe des mesures transitoires pour les anciens diplômés : toute personne porteuse d'un diplôme ou d'un titre d'infirmier ou d'infirmière qui a commencé sa formation infirmière avant l'année scolaire ou académique 2023-2024 peut, de plein droit, exercer l'art infirmier tel qu'il est défini à l'article 46 sous les mêmes conditions d'exercice que les infirmiers responsables de soins généraux. En d'autres termes, ils sont porteurs du titre « IRSG ». Cela concerne, pour les personnes issues de l'enseignement francophone, les anciens « A1 » (infirmiers gradués) et les anciens « A2 » (infirmiers brevetés). Du côté néerlandophone, cela concerne les « verpleegkundige » (équivalent anciens « A1 ») et les « gegradueerd verpleegkundige » (aussi dénommés « HB05 », correspondant aux anciens « A2 »).

³⁰³ Cela correspond à la compétence reconnue à l'infirmier de « coordonner les soins infirmiers » (art. 46, § 1^{er}, 1^o, *lit. b*, de la LEPS) ainsi qu'à la capacité, acquise dès la formation, « à diriger une équipe et à organiser l'ensemble des soins infirmiers » (art. 45, § 1^{er}, de la LEPS). En outre, l'article 47/1 de la LEPS (inséré par la loi du 18 mai 2024 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin d'y insérer la réforme de l'art infirmier et d'y supprimer les Commissions techniques de l'art infirmier et des professions paramédicales et d'y adapter les missions des Conseils fédéraux de l'art infirmier et des professions paramédicales, *M. B.*, 30 mai 2024) prévoit que les IRSG peuvent, sous leur responsabilité et contrôle, déléguer aux professionnels des soins de santé l'exécution de certaines prestations techniques de l'art infirmier mentionnées à l'article 46, paragraphe 1^{er}, de la LEPS.

³⁰⁴ Profession introduite par la loi du 28 juin 2023 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y préciser l'intitulé actuel du titre d'infirmier conformément à la directive 2005/36/CE et d'y insérer l'assistant en soins infirmiers et l'infirmier chercheur clinicien (*M. B.*, 14 juillet 2023). Dans son arrêt n° 24/2025 du 20 février 2025, la Cour constitutionnelle a rejeté le recours dirigé contre la loi du 28 juin 2023 ayant créé le titre d'« assistant en soins infirmiers ». Elle a jugé que les notions critiquées (« situations moins complexes », « situations plus complexes », « équipe de soins ») sont « suffisamment claires et précises » (B.13.8 et B.14.2-3), que l'assistant en soins infirmiers doit être considéré comme « un praticien de l'art infirmier » et non comme un paramédical (B.12.3-5), et que l'habilitation donnée au roi pour préciser la liste des prestations techniques repose sur « une habilitation définie de manière suffisamment précise » (B.13.7). La distinction entre assistants et infirmiers responsables de soins généraux repose, selon la Cour, sur « des critères objectifs [...] raisonnablement justifiés » (B.13.1 et B.29), de sorte qu'aucune violation des articles 10, 11 et 23 de la Constitution n'est constatée.

³⁰⁵ Voir l'arrêté royal du 23 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice (*M. B.*, 30 octobre 2023). Dans son arrêt n° 260.731 du 23 septembre 2024, le Conseil d'État a pris acte du désistement du requérant, qui avait introduit un recours en annulation contre l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques infirmières accessibles aux assistants en soins infirmiers, en ce qu'il ne reprenait pas la compétence relative au « prélèvement et traitement du sang transfusionnel et de ses dérivés (B2) ».

³⁰⁶ Art. 59 de la LEPS.

³⁰⁷ Arrêté du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes. Cette liste a été élargie par cinq actes complémentaires en 2019 (arrêté royal du 27 février 2019 ; arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes, *M. B.*, 18 mars 2019) : seuls les aides-soignants diplômés après le 1^{er} septembre 2019 (ou ceux ayant suivi une formation complémentaire) peuvent réaliser ces nouveaux actes, tandis que les autres restent limités à la liste initiale de 2006.

³⁰⁸ Art. 46/1, § 2, de la LEPS.

médicaments et produits de santé³⁰⁹. L'objectif est d'améliorer l'accès, la réactivité et la coordination des soins, sans empiéter sur le champ du médecin ni sur les compétences des autres professionnels.

47. Deux mécanismes soutiennent directement la continuité des soins à domicile. D'une part, la répartition claire des actes et des responsabilités (listes A/B1/B2/C, prescriptions écrites ou orales en cas d'urgence, ordres permanents, procédures partagées)³¹⁰, qui permet d'enchaîner sans rupture les interventions au domicile tout en restant dans le périmètre légal. D'autre part, l'obligation de documenter les prestations dans un dossier infirmier, véritable fil conducteur des décisions et du suivi interprofessionnel, y compris lors des transitions hôpital–domicile³¹¹.

48. Les *aides-soignants*³¹², dont les compétences sont strictement définies³¹³, apportent un soutien précieux aux infirmiers dans les soins de base (hygiène, alimentation, confort), la surveillance quotidienne et l'accompagnement relationnel. Ils participent ainsi au maintien de l'autonomie des personnes âgées et contribuent indirectement à la prévention des hospitalisations évitables.

49. À ces professions s'ajoutent d'autres acteurs de santé – logopèdes, ergothérapeutes, podologues, psychologues –, dont les interventions ponctuelles s'inscrivent dans une prise en charge globale et multidisciplinaire.

b) Les statuts émergents : aidant qualifié et aidant proche

50. La prise en charge à domicile s'est récemment enrichie de nouvelles figures légales. L'*aidant qualifié* peut réaliser certains actes techniques infirmiers dans le cadre de la vie quotidienne, à condition de respecter des instructions précises données par un professionnel³¹⁴. Le statut de l'aidant qualifié est régi par l'arrêté royal du 29 février 2024³¹⁵, adopté en exécution de la loi du 11 juin 2023³¹⁶

³⁰⁹ Voir l'arrêté royal du 14 avril 2024 modifiant l'arrêté royal du 20 septembre 2023 fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier relative à l'assistant en soins infirmiers, ainsi que leurs conditions d'exercice (*M. B.*, 25 avril 2024). Il s'agit des activités cliniques et des actes médicaux complémentaires que l'infirmier de pratique avancée peut effectuer en application de sa reconnaissance en tant qu'infirmier de pratique avancée. Ces activités cliniques et actes médicaux s'ajoutent donc à celles que l'infirmier de pratique avancée est déjà autorisé à exercer en sa qualité d'infirmier responsable des soins généraux et qui sont listées dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

³¹⁰ Voir l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin ou un dentiste à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M. B.*, 26 juillet 1990.

³¹¹ Art. 46, § 4, de la LEPS.

³¹² L'article 59 de la LEPS précise que l'aide-soignant est la personne spécifiquement formée pour assister l'infirmier responsable de soins généraux ou l'assistant en soins infirmiers, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique, dans le cadre des activités coordonnées par l'infirmier responsable de soins généraux ou l'assistant en soins infirmiers dans une équipe structurée.

³¹³ L'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes (*M. B.*, 3 février 2006) établit, dans son annexe, les activités que peuvent effectuer l'aide-soignant.

³¹⁴ L'article 2 de l'arrêté royal du 29 février 2024 liste les prestations techniques de l'art infirmier qui peuvent, dans le cadre de l'aide à la vie quotidienne, faire l'objet d'une autorisation à un aidant qualifié sur la base d'une instruction.

³¹⁵ Fixant la date d'entrée en vigueur de la loi du 11 juin 2023 modifiant l'article 124, 1^o, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y adapter la législation relative à l'exercice de prestations techniques infirmières par un aidant proche ou par un aidant qualifié, et fixant la liste des prestations techniques de l'art infirmier pouvant être autorisées à un aidant qualifié, ainsi que leurs conditions d'exercice et les conditions de formation requises pour cette autorisation, *M. B.*, 8 mars 2024.

³¹⁶ Modifiant l'article 124, 1^o, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, en vue d'y adapter la législation relative à l'exercice de prestations techniques infirmières par un aidant proche ou un aidant qualifié, *M. B.*, 14 juillet 2023.

et de la loi du 18 juin 2023³¹⁷. Cette reconnaissance légale vise à sécuriser des pratiques qui existaient déjà *de facto* dans certaines situations de dépendance.

En outre, l'*aidant proche*, reconnu par la loi du 12 mai 2014³¹⁸, est quant à lui une personne de l'entourage qui apporte une aide régulière ou continue à un bénéficiaire en perte d'autonomie³¹⁹. Il bénéficie d'un statut juridique et d'une reconnaissance sociale croissante, même si les soutiens financiers ou organisationnels demeurent limités.

c) Les intervenants de l'aide à domicile

51. En parallèle aux soins proprement dits, les *aides familiales* et les *aides seniors* assurent un accompagnement quotidien visant à préserver la qualité de vie des personnes âgées. Leur rôle est défini, en Région wallonne, par les annexes 37 et 38 du CRWASS³²⁰. Ces intervenants polyvalents aident dans les actes de la vie quotidienne, veillent au confort et à l'hygiène, apportent un soutien relationnel et accompagnent dans les démarches administratives.

Les *gardes à domicile* complètent ce dispositif en assurant une présence continue, de jour comme de nuit, afin de prévenir les situations de solitude critique et de garantir la sécurité du bénéficiaire³²¹.

52. À ces catégories s'ajoutent encore les *assistants AVJ* (aide aux activités de la vie journalière), qui interviennent entre sept et 30 heures par semaine pour accompagner des personnes lourdement dépendantes, ainsi que les *aides-ménagères sociales*, qui prennent en charge certaines tâches domestiques. Enfin, les *assistants sociaux* et les *ouvriers polyvalents* contribuent à adapter l'environnement du domicile et à assurer un accompagnement global.

53. L'ensemble de ces acteurs est organisé différemment selon les Régions. En Wallonie, l'AVIQ agréé et finance les SAFA (services d'aide aux familles et aux aînés), qui emploient aides familiales, gardes à domicile et ouvriers polyvalents. En Région bruxelloise, c'est Iriscare qui exerce cette compétence, sur la base de l'ordonnance du 7 novembre 2002 et des arrêtés du Collège réuni du 25 octobre 2007 relatifs à l'agrément et au subventionnement des services d'aide à domicile.

³¹⁷ Instaurant une procédure de concertation dans le cadre de l'exercice de prestations techniques par des aidants qualifiés visés à l'article 124, 1^o, alinéa 6, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *M. B.*, 27 juillet 2023.

³¹⁸ Loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche, *M. B.*, 6 juin 2014.

³¹⁹ L'aidant proche est défini à l'article 124 de la LEPS comme la personne qui fait partie de l'entourage du patient et qui, en dehors de l'exercice d'une profession, au terme d'une formation délivrée par un médecin, un infirmier responsable de soins généraux ou un assistant en soins infirmiers, selon une procédure ou un plan de soins établi par celui-ci, reçoit l'autorisation de ce dernier d'effectuer auprès de ce patient déterminé une ou plusieurs prestations techniques visées à l'article 46, paragraphe 1^{er}, 2^o.

³²⁰ L'annexe 38 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé définit l'aide familial comme le « métier pivot de l'aide à domicile », appelé à intervenir auprès des aînés, des familles, des personnes malades, handicapées ou en difficulté pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Ses missions sont multiples : aide matérielle et domestique, rôle lié à l'hygiène, au confort, à la sécurité et à la santé, accompagnement éducatif et d'observation, activités occupationnelles, aide relationnelle, soutien social et administratif, ainsi qu'appui aux aidants proches. L'aide familial agit dans l'intérêt du bénéficiaire, en collaboration avec son entourage et les aidants proches, afin de préserver son autonomie, sa qualité de vie et son bien-être, tout en respectant son libre choix des services prestataires et l'intensité de l'aide souhaitée.

³²¹ L'annexe 38 du CRWASS définit le garde à domicile comme un intervenant polyvalent intégré dans un service d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) agréé et encadré par un travailleur social. Sa mission est d'assurer, de jour comme de nuit, une présence contribuant au bien-être, au confort physique et moral, à l'hygiène de vie et à la sécurité des bénéficiaires en perte d'autonomie liée à des problèmes de santé ou de handicap. Son rôle est de préserver et stimuler l'autonomie, de veiller à la qualité de vie et au bien-être, tout en respectant le libre choix du bénéficiaire quant aux services et à l'intensité de l'aide. Le garde agit en complémentarité avec la famille ou l'entourage, leur offrant un soutien et un répit, et collabore avec l'ensemble des professionnels intervenant à domicile. Engagé sous contrat de travail par un SAFA, il exerce sa fonction dans le cadre du plan d'aide établi par le travailleur social et joue un rôle important de prévention (sécurité, hygiène, prise de repas et de médicaments, présence et réconfort moral).

CONCLUSION

54. Au terme de notre contribution, il apparaît que *vieillir en santé* ne peut être réduit à une question strictement médicale ou organisationnelle. Dès lors que la vieillesse ne constitue pas une catégorie juridique autonome, les personnes âgées demeurent titulaires des mêmes droits que tout patient. Pourtant, l'avancée en âge infléchit l'exercice concret de ces droits et devient un facteur d'ambivalence appelant à une protection accrue et produisant, paradoxalement, des formes d'exclusion ou d'invisibilisation. C'est à la lumière de cette dynamique que notre analyse s'est attachée à examiner, d'une part, les garanties normatives offertes par le droit belge, européen et international et, d'autre part, les conditions organisationnelles dans lesquelles ces droits trouvent – ou non – à s'incarner dans les différents lieux de soins.

La première section de notre contribution a tenté de montrer que, sur le plan normatif, le droit tente de conjurer cette marginalisation en consacrant, notamment, des mécanismes de représentation et d'assistance respectueux de la volonté des patients. La réforme récente de la loi relative aux droits du patient illustre cette orientation en garantissant que la personne âgée reste, autant que possible, actrice de ses décisions, même lorsque ses capacités déclinent. Sur le terrain européen et international, les résolutions du Conseil de l'Europe, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et les initiatives de l'ONU insistent sur la nécessité de ne pas traiter le vieillissement comme un simple problème biomédical. Ces évolutions confirment un principe essentiel selon lequel vieillir n'emporte pas une incapacité ; autrement dit, la vulnérabilité liée à l'âge ne doit pas justifier une dépossession de l'autonomie.

Les garanties formelles restent néanmoins fragiles si elles ne trouvent pas d'ancrage concret dans les lieux où les personnes âgées vivent et reçoivent des soins. C'est tout l'objet de la seconde section de notre contribution dans laquelle nous avons cherché à montrer combien la mise en pratique des droits est tributaire de l'organisation et du fonctionnement concret des structures de soins. Le droit, pour se réaliser, a en effet besoin de murs, de personnels, de procédures, d'instances de contrôle. À défaut, il reste un catalogue de principes sans prise sur la réalité.

Le cadre légal et normatif des maisons de repos, des hôpitaux et des soins à domicile vise à garantir l'exercice des droits des seniors, bien que des fragilités demeurent. Dans les maisons de repos, le respect des droits des résidents repose sur un cadre normatif détaillé qui entend garantir la continuité des soins, la dignité et la participation. Toutefois, l'analyse a montré que la mise en œuvre de ces principes dépend largement de la manière dont ces normes sont appliquées et contrôlées, ce qui explique des disparités entre Régions et, plus largement, entre institutions. L'hôpital, quant à lui, a cherché à développer une offre spécialisée – services gériatriques, programmes de soins, unités psychogériatriques –, mais cette spécialisation reste marquée par une approche curative et par des séjours courts, laissant règlementairement peu de place à l'accompagnement du temps long du vieillissement. Enfin, le domicile, lieu plébiscité par les personnes âgées elles-mêmes, incarne à la fois la promesse d'autonomie qui se trouve confrontée à une fragmentation institutionnelle, source de complexité pour les bénéficiaires et leurs proches.

L'examen du cadre juridique des maisons de repos, des services hospitaliers et des soins à domicile conduit à reconnaître que les droits de la personne âgée, en tant que patient, ne s'apprécient pas seulement dans les textes, mais dans les lieux où ils doivent s'exercer. Le respect de l'autonomie, du

consentement ou de la dignité ne peut être garanti qu'à la condition d'un cadre organisationnel adéquat, comprenant notamment des effectifs suffisants en maison de repos, une continuité et une coordination des soins à domicile et une interdisciplinarité en hôpital. En outre, une organisation, si sophistiquée soit-elle, ne suffit pas si elle n'est pas ancrée à une culture de la dignité et de l'autonomie. La qualité du vieillissement en santé repose ainsi sur la traduction des garanties juridiques dans les structures où les personnes âgées sont soignées.

Pour que cette traduction trouve une application concrète, trois exigences doivent être respectées.

Premièrement, et de façon globale, il importe de ne pas réduire la personne âgée à un « objet de prise en charge », mais de concevoir le sénior comme acteur de ses soins. Cela suppose d'intégrer la spécificité gériatrique dès la première ligne, de décroiser les parcours, de renforcer la formation du personnel et d'adopter des pratiques respectueuses du droit à l'autodétermination.

Deuxièmement, dans cette optique, il convient de garantir les droits du patient âgé dans toutes les institutions. La fragmentation des « lieux de soins » ne doit pas se traduire en fragmentation des droits. Ainsi peut-on observer que chaque lieu de soin impose la conclusion de conventions visant la coordination entre institutions : les maisons de repos et les services de soins à domicile sont tenus de conclure des conventions avec les hôpitaux, de même que les services gériatriques isolés doivent établir une liaison fonctionnelle écrite avec un établissement agréé. Ces conventions permettent d'éviter que le patient âgé ne soit ballotté d'un lieu de soins à l'autre sans suivi.

Troisièmement, les choix organisationnels doivent tendre vers une meilleure effectivité des droits des personnes âgées. D'une part, cela suppose le respect du devoir d'information par les intervenants dans chaque lieu de soins. En maison de repos, les réglementations régionales imposent que le projet de vie intègre une information claire sur les soins palliatifs et que les résidents soient associés aux décisions. À l'hôpital, la loi sur les droits du patient et les normes d'agrément des services gériatriques imposent une information adaptée et la tenue d'un dossier individualisé pour garantir la traçabilité des choix. À domicile, les SISD et les CSAD doivent organiser une concertation multidisciplinaire permettant au patient et à sa famille de recevoir une information complète sur les options thérapeutiques. D'autre part, il s'agit d'assurer le respect de l'autodétermination des séniors. De la sorte, les directives anticipées doivent être effectivement prises en compte dans les maisons de repos, les équipes hospitalières doivent intégrer les volontés du patient dans leurs décisions thérapeutiques, et les soignants à domicile doivent adapter leurs interventions aux préférences exprimées. Enfin, l'accès aux soins palliatifs doit être garanti dans chacun de ces lieux, que ce soit par des conventions avec des équipes hospitalières spécialisées pour les maisons de repos, par la mobilisation des équipes mobiles pour le domicile, ou encore par la disponibilité d'unités et de liaisons spécialisées en milieu hospitalier.

En définitive, l'enjeu n'est pas d'inventer un « droit des vieux », mais de garantir que les droits existants ne s'effacent pas avec l'âge. Vieillir en santé, juridiquement, signifie rester sujet de droits jusqu'au dernier souffle. Cela implique une vigilance constante contre les logiques d'infantilisation, une exigence de qualité organisationnelle dans les lieux de soins et une volonté politique de dépasser les cloisonnements institutionnels.

Ce constat conduit à une perspective plus large. Alors que la Belgique – comme l’Europe – est confrontée à un vieillissement démographique sans précédent, le risque est grand de laisser l’âge devenir un critère implicite de rationnement des soins. Face à cette tentation, le droit doit jouer un rôle de garde-fou. Mais il doit aussi veiller à penser un modèle intégré des soins aux personnes âgées, combinant notamment coordination des structures et participation des intéressés à l’élaboration des politiques qui les concernent.

Ainsi, le vieillissement ne doit pas être appréhendé comme un problème à gérer, mais comme une réalité humaine à accompagner. Le cadre juridique peut y contribuer en veillant à ce que les personnes âgées ne soient pas considérées uniquement comme des bénéficiaires de soins, ce qui suppose de dépasser la logique duale protection/exclusion pour instaurer une approche véritablement inclusive du grand âge.