



# IMMOBILIER DE SANTÉ, À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX MODÈLES

Texte : Thierry Laffineur - Photos : JC Guillaume

En 2040, 24% de la population belge sera âgée de 65 ans et plus. L'augmentation sera particulièrement notable chez les plus de 80 ans (+ 65%) et les 65-79 ans (+ 33%). Dès lors, comment doivent évoluer les structures d'accueil des séniors (voir encadré) - en termes de concept, de nombre, de gouvernance/éthique, d'accessibilité financière, etc. Pour mémoire le coût d'un hébergement en MR/MRS est d'environ 45.000€/an/personne dont la moitié est à charge du résident.

Pour y répondre la présente Table Ronde réunissait



**Pauline de Meersman**  
Architecte - Partner  
ASSAR ARCHITECTS

**Vincent Frédéricq**  
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL  
FEMARBEL/FERUBEL

**Jean-François Didot**  
Président  
ADMIR  
(Ass. Directeurs  
de Maisons de Repos)

**Olivier Helbot**  
NATIONAL MANAGER  
SOCIAL PROFIT  
ING

**Patrick Laisnez**  
Manager Zorg  
& Welzijn  
PROBIS

**Sébastien Berden**  
COO Healthcare  
COFINIMMO

**Charles-Antoine  
Van Aelst**  
CHIEF INVESTMENT  
OFFICER  
AEDIFICA

## PLUS TARD...

« Depuis quelques années on assiste à une amélioration/multiplication des soins à domicile. Ce phénomène qui relève du principe selon lequel 'on vieillit mieux chez soi' - notamment favorable à l'augmentation des ventes en viager (\*) - a retardé l'entrée de nombre de séniors en MRS. Ce délai n'est toutefois pas sans conséquences. Il voit désormais les MRS accueillir un nombre croissant des personnes (très) âgées, voire atteintes de pathologies lourdes, dont certaines relèvent de la déchéance cognitive » explique J-F Didot.

« Statistiquement - au cours des 10 dernières années - les durées des séjours des résidents en MRS sont ainsi passées de 2 ou 3 ans à quelques mois. Un mouvement encore amplifié par la crise de la Covid ou les

scandales révélés par le livre *Les Fossoyeurs* de V. Castanet et la peur qu'inspire alors les MRS, précise V. Frédéricq. Par ailleurs si les soins/aides à domicile ont des limites, les MRS en ont aussi. Elles ne peuvent palier l'hôpital. Elles n'ont ni les budgets ni les structures ni les compétences pour le faire.

En outre, le vieillissement de la population n'ira pas de pair avec la création de lits MRS - MRPA supplémentaires (aujourd'hui 150.000 lits pour 1500 établissements) du fait même de l'amélioration des soins à domicile.

## UN TRILOGUE GAGNANT-GAGNANT

Un avis repris par P. Laisnez. « L'avenir des soins de santé pour personnes âgées et handicapées n'est pas une simple

question d'infrastructures. Il doit faire l'objet d'une réflexion 'sociétale' avec les pouvoirs publics et porter sur la recherche de nouvelles organisations. Dans une réflexion récente (\*\*), un des thèmes abordés portait sur la relation soin et bien-être (*Van zorgrelatie naar zorg- of welzijnsalliantie*) pour les personnes âgées accueillies dans des MRS/MRPA. Cette réflexion a mis en évidence la nécessité pour ces centres d'aller au-delà de la seule considération 'soins' et être considérés comme un milieu de vie à part entière. Les soins, le logement et l'habitat doivent fusionner de manière naturelle. Pour ce faire un *trilogue* gagnant-gagnant doit s'instaurer entre la MRS (personnel de soins/hébergement), les résidents (bien-être) et la famille. En d'autres mots, alors qu'au siècle dernier on a, d'une part, construit de grandes unités MRS (jusqu'à 200 lits) et installé les

soins pour aînés/handicapés en dehors de la communauté, on a, d'autre part, professionnalisé le secteur. Ce faisant on a placé les résidents en dépendance quasi-totale du personnel et limité l'accès aux familles/bénévoles. Le futur défi des MRS - notamment pour les communes qui les accueilleront - sera donc de réintégrer des entités plus petites dans le tissu sociétal. »



« L'amélioration des soins à domicile a considérablement retardé l'entrée de séniors en MRS »

J-F. DIDOT

## ÊTRE INTERGÉNÉRATIONNEL

Dans son analyse, S. Berden souligne d'autres éléments : « L'accroissement de l'espérance de vie mais surtout le 'gain

d'espérance de vie en bonne santé' (au cours des 15 dernières années l'espérance de vie des belges a progressé de ± 2 ans pour atteindre aujourd'hui 85 ans et selon les projections du Bureau du Plan, en 2070 cette espérance de vie oscillera entre 88 et 90 ans) a pour corollaire de pousser les opérateurs de MRS à réfléchir au devenir des structures d'accueil au regard des besoins et habitudes des générations post baby-boomers. Face au défi évoqué, des questions fondamentales émergent. L'une d'elles porte sur notre capacité à mixer le type de soins (revalidation et court terme vs longue durée), les types d'itinéraires du patient (ambulatoire vs résidentiel) et l'âge des résidents dans des campus ou quartiers qui auront, de surcroît, le mérite d'offrir des services adjacents attirants (horeca, cinéma, zones vertes, loisir, ...).

Cette approche suppose toutefois de travailler par sites urbains (problème d'urbanisme) ou pour le moins par développements immobiliers mixtes. »

« Il convient aussi d'imaginer des structures intermédiaires (atténuer la brutalité du passage de *chez soi* à la MRS) dont font notamment partie les habitats groupés et kangourou ajoute P. de Meersman. Ces petites structures bien intégrées permettent alors aux séniors de rester chez eux - ou dans *un autre chez eux* - et de bénéficier d'une mixité sociétale et des services liés à ces structures ».

## Les résidences services ne constituent-elles pas ces petites structures intermédiaires ?

« Les RS s'adressent à un public sénior autonome auquel elles offrent une série de services de base non médicaux, résume V. Frédéricq. Or, au vu de la pénurie croissante et durable de personnel dévolu aux soins, l'avenir est à la diversification, à l'interaction, à la flexibilité et à la mobilité des structures d'accueil. Ainsi, adosser une MRS à une RS et/ou à des services d'aide à domicile fait sens à différents égards :

- économique : mutualisation des ressources humaines selon une meilleure efficacité ;
- humain : le résident 'connaît' les lieux/personnes et le passage RS> MRS s'en trouve facilité.

« Le principe des RS est celui de l'immobilier géré : le ou les (co) propriétaires/investisseurs d'une résidence-services signent un accord avec un opérateur qui exploite la résidence explique C-A. van Aelst. Aujourd'hui toutefois, 30 ans après leur construction, nombre de résidences ont besoin d'être rénovées. Cela pousse les opérateurs à augmenter les tarifs 'services' pour financer les travaux de mises aux normes. Sachant que pour le résident le budget loyer et services est lié, cela signifie que la partie loyer dévolue au propriétaire de l'appartement diminue. Ce n'est pas sans créer des conflits entre propriétaires et opérateur !





Par ailleurs – principalement en Flandre – l’ouverture du marché des RS (2012), jusqu’alors contingenté à l’instar de celui des MR/MRS, a attiré de nombreux développeurs dont les projets n’étaient pas toujours bien pensés au niveau opérationnel. Ces programmes furent très prisés par les investisseurs privés attirés par la perspective de loyers élevés assortis de garanties locatives de  $\pm 5$  ans. Toutefois, à l’échéance de ces garanties, il s’est avéré que nombre d’appartements n’étaient ni loués ni louables au loyer estimé à l’achat! En conséquence les propriétaires ont dû revoir leurs attentes à la baisse, certains tentant même de trouver un repreneur pour des immeubles complets!»

#### ITINÉRAIRE MAL COORDONNÉ?

«Le problème ne réside pas tant dans l’offre de services (tous existent) que dans leur intégration au sein d’une chaîne de soins cohérente. Cette chaîne pêche actuellement souvent par défaut de communication quant à la richesse de ses possibilités et est obérée par un manque de coordination entre les acteurs, par une facturation compliquée, etc. On manque là d’un coach (un *case manager*) qui aiguillerait le patient à passer d’une étape à l’autre dans son itinéraire de soins, rôle que le médecin de famille jouait autrefois. Par ailleurs, continue **S. Berden**, au regard de la programmation, un raisonnement simpliste voudrait qu’au futur doublement de la population des 80+ corresponde un doublement du nombre de lits. C’est évidemment faux. D’une part parce que, comme déjà dit, l’espérance de vie en bonne santé ira en augmentant et, d’autre part, parce que la prise en charge des

séniors sera différente, aidée notamment par les progrès technologiques - dont l’intelligence artificielle appliquée à la médecine. Cela posé, il est plus que certain que le contingent actuel de lits des MRS/MRPA sera insuffisant et que de nouvelles places devront être créées.»

Au vu des chiffres actuels et des projections futures c’est en Flandre que la création de nouveaux lits devrait être la plus importante. En effet, souligne **P. Laisnez**: «20% de la population flamande actuelle est âgée de plus de 65 ans. Ce ratio passera à 25% d’ici 2030. Cela vaut d’ores et déjà aux structures d’accueil (MRS, MRPA, CSC,...) d’atteindre un taux d’occupation de 95%.»

Ndlr: En Wallonie le taux d’occupation des MRS a retrouvé son niveau d’avant Covid soit 90% et la programmation actuelle permet l’ouverture de 2500 nouveaux lits. A Bruxelles sur un volume de lits agréés de 15.000 unités, seules 11.350 sont occupées soit un taux d’occupation de  $\pm 75\%$ .



**«Les habitats groupés permettent aux séniors de rester chez eux – ou dans un autre chez eux – et de bénéficier d’une mixité intergénérationnelle et de services»**

P. DE MEERSMAN

«Le placement en MRS, avec ce qu’il suppose d’isolement, est un choix quasi toujours contraint constate **O. Helbot**. Face au vieillissement de la population, il s’agit donc moins de créer des places MRS supplémentaires que de travailler sur la prévention (retarder voire éviter le placement). Celle-ci suppose alors une réflexion globale, à mener entre tous les acteurs, en ce compris les autorités de tutelle, quant à l’intégration/mutualisation des soins. Un tel modèle ne peut toutefois être atteint que via une diversification de l’offre (RS, MRS, revalidation, etc.) éventuellement sur un *même site* selon des *bâtiments plus petits et adaptables*.



**« Mixer intelligemment l’ensemble des structures de soins tel un campus, requiert de travailler à l’échelle de quartiers ou, pour le moins, de développements immobiliers mixtes. »**

S. BERDEN

Par ailleurs, les instances politiques en charge de la programmation du nombre de lits doivent intégrer la composante personnel et compétences. Or, aujourd’hui des services ferment faute de personnel! En outre, d’autres facteurs demandent à être considérés.

- Quid des moyens financiers des séniors à court/moyen terme?
- Quid de l’offre. Elle est mal connue du grand public. Il manque, outre la coordination évoquée, un suivi des personnes dès 65 ans. Un bilan à intervalle régulier permettrait alors – en impliquant les parents proches – d’orienter les aînés vers la solution la mieux adaptée à leur état.»

#### COMMENT CONSTRUIRE?

«Si de petites MRS paraissent souvent plus familiales et sympathiques, il faut comprendre que leur coût de gestion et de

développement immobilier les rendent plus difficile à financer. Le risque est alors de voir augmenter la facture payée par le résident à la fin du mois. C’est ici que le modèle d’une offre diversifiée (multifonctions/multiservices/multi-génération) trouve tout son sens. On construirait des ensembles plus grands mais composés d’une chaîne d’entités diversifiées, à taille humaine et proches des besoins du patient remarque **S. Berden** avant d’interroger: le problème n’est-il pas alors celui du concept architectural (aménagement spatial) et urbanistique (avoir des entités intégrées dans un quartier)?

«Le développement de projets multifonctionnels/intergénérationnels – rappelle **P. de Meersman** – demande de concilier la dimension, la modularité et le facteur humain (être inclusif) selon plusieurs objectifs:

- garantir la qualité du service à la personne;
- permettre des économies d’échelle;
- faire évoluer le rapport intergénérationnel.



**«La programmation du nombre de lits impose de considérer la composante personnel. Or, aujourd’hui des services ferment faute de personnel!»**

O. HELBOT

S’agissant plus particulièrement de la modularité, aujourd’hui lorsque nous concevons une MR / MRS, il est important de s’éloigner du modèle hospitalier. La typologie recherchée se rapproche plus de celle d’une ‘grande maison’, favorable au sentiment de normalisation et d’autonomie des résidents. Le module de base de cette conception est la chambre. Actuellement, il doit toutefois répondre à des normes de surfaces limitant la recherche de modularité. Certains assouplissements normatifs donneraient la possibilité aux résidents, selon leurs moyens/besoins,

d’opter pour une *petite* chambre. En limitant leur loyer, ils libèrent aussi un budget et accèdent à d’autres services

Quant à la dimension urbaine et du rôle qu’une MRS peut jouer dans un principe multifonctionnel/ multigénérationnel, le site **La Madeleine** (Gosselies) qui sera achevé fin de cette année (<https://buildings-forum.com/fr/projects/detail/1102>) est exemplatif. A l’origine ce site accueillait différentes institutions dont une crèche et une école pour enfants handicapés. La construction d’une MRS, dont le rez-de-chaussée héberge des fonctions communes (restaurant, terrasses extérieures, salon de coiffure, ergothérapie, ...) ouvertes au public a permis de restructurer le site et de créer une interaction entre la MRS et le quartier via un jardin pour tous.»

Pour **C-A van Aelst**, «cette modularité – si elle favorise les économies d’échelles et les interactions humaines en rassemblant plusieurs fonctions sur un même site – doit aussi être facteur de bien-être du résident. En effet, on assiste aujourd’hui – dans certains pays – à une résurgence des *chambres doubles* dont l’objectif est de réduire les coûts de logement poussés à la hausse sous l’effet des normes. Or, si l’on veut éviter ce modèle (c’est un retour en arrière en termes de convivialité et d’intimité) il importe que les développeurs, dont nous sommes, soient créatifs et intègrent la flexibilité dans leurs programmes. Cette flexibilité permet alors d’agencer une grande chambre en deux petites ou l’inverse»

#### IMPÉRATIF CATÉGORIQUE

«Au-delà de la question de l’architecture/urbanisme s’ajoutera celle des technologies rappelle **V. Frédéricq**. Comment les

intégrer, à quel prix et pour quel gain de bien-être du résident?

Sachant que l’efficacité du personnel sera le *futur impératif* catégorique des structures d’accueil des séniors, les technologies esquissent d’ores et déjà des réponses. A titre d’exemple qu’en est-il de la nécessité d’une infirmière de nuit – dont l’une des tâches principales est la préparation/distribution des médicaments - dès lors que cette phase est robotisée via la PMI (Prescription Médicale Informatisée)?



**«La modularité et la flexibilité des structures d’accueil est une garantie de bien-être et d’accessibilité financière pour le résident»**

C-A. VAN AELST

Se pose aussi le problème du pouvoir à accorder au *case manager* ou coordinateur évoqué, notamment au regard de son indépendance face à de possibles conflits d’intérêts (ex. : entre centres de coordination de soins à domicile, services de soins à domicile et certaines mutuelles ...). Si une information complète quant aux options de soins est une nécessité due au grand public, il s’agit aussi de répondre aux points suivants: Qui va l’organiser et jusqu’à quel degré de pouvoir/contraite?



Quid de la liberté de choix de l'individu (je vais ou non en MRS) ?

Quid de l'indépendance de la coordination ? etc.

L'enjeu est ici d'être au service de la population et non de certains intérêts. »

## MANAGEMENT VS VOUCHER

« En Flandre, plutôt que de baser le modèle sur un manager/régisseur qui – par exemple - décide du placement ou non d'un sénior en MRS, une réflexion vise à responsabiliser l'individu en lui accordant un budget (via un *voucher* correspondant à son état de dépendance) avec lequel il est libre d'acheter des soins auprès de prestataires agréés de son choix. Un système de coaching existe pour les personnes handicapées » mentionne **P. Laisnez**.



**« L'efficacité du personnel sera le futur impératif catégorique des structures d'accueil des séniors. Elle suppose une mutualisation des services et une intégration des technologies. »**

V. FRÉDÉRICQ

« Ce système de *voucher* (il fonctionne aux Pays-Bas, en Flandres dans le segment du handicap, en Italie, ...) insufflé une dynamique de marché différente. Dès lors que tout le monde peut ouvrir une unité de soins (sous réserve de compétences et de respects des normes) vous faites disparaître le principe de la planification de l'offre au profit d'une concurrence plus saine. La planification confère en effet souvent aujourd'hui un quasi-monopole à l'opérateur qui bénéficie d'un quota dans une zone. En abolissant ces quotas, le système de *voucher* valorise davantage les établissements offrant innovation et meilleur ratio services/prix qui, au final, profite aux résidents. Ce modèle,



termine **S. Berden**, ne fonctionne cependant qu'à la condition d'une transparence sur la qualité du service, le bien-être des résidents et la performance financière. Plusieurs pays ont instauré, à ce titre, des systèmes de scores attribués et affichés au vu et su de tous à l'entrée de chaque MRS.

Une position toutefois nuancée par **O. Helbot** « Le risque du *voucher* est celui de toute libéralisation d'un marché. Dans le cas des MRS il est celui d'une perte de *résidents* pour des institutions qui aujourd'hui disposent et sont rétribuées pour un quota de lits. La libéralisation fait disparaître ce principe. Par ailleurs l'action du coordinateur – dès lors qu'elle est bien exécutée – a le grand mérite de donner la parole à TOUS les acteurs du processus (hôpital, MRS, soins à domicile, kiné, médecin traitant, ergothérapeute, etc.) sans privilégier l'un ou l'autre au motif de la supériorité de son statut, alors que c'est (quasi) toujours le responsable de terrain qui connaît le mieux le problème !

<sup>(\*)</sup> Les ventes en viager libre sont un moyen de financer les hébergements en MRS. Les ventes en viager occupé financent davantage les soins à domicile

<sup>(\*\*)</sup> Zorgen voor morgen. "REFLECTIES UIT INSPIRE HEALTH & CARE 2023". Organisé par Easyfairs, Probis en In4care



**« Le futur défi des maisons de repos et soins sera de réintégrer des entités plus petites dans le tissu sociétal. »**

P. LAISNEZ

## STRUCTURES D'ACCUEIL ET DE SOINS POUR SÉNIORS

En Belgique, l'offre de structures d'accueil et de soins dévolues aux séniors s'organise selon 5 niveaux

- Les résidences-services (RS) : elles permettent aux personnes âgées (65+) de vivre de manière indépendante et de bénéficier d'équipements collectifs et d'aides (préparation des repas, entretien, etc.)
- Les soins à domicile et l'accueil pour les personnes âgées : Ils permettent au sénior de rester dans son logement (adapté/médicalisé ou non) et d'y recevoir des soins.
- Les centres de soins de jour (CSJ) : ils s'adressent aux personnes qui vivent chez elles mais sans bénéficier d'un soutien quotidien d'aides et de soins.
- Les centres de séjours courts (CSC) : ils offrent les mêmes soins qu'une MRS mais pour une période maximum de 90 jours dont 60 consécutifs.
- Les maisons de repos et de soins : Les MRS et les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) sont des lieux où les personnes âgées, non autonomes, résident en permanence et reçoivent des soins.

Pour plus d'infos :

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

Voir également l'étude du Centre Jean Gol <https://www.cjg.be/reformer-nos-maisons-de-repos>