

Le chemin de notre santé

Sous pandémie du Corona virus



Publication remplaçant l'Université de Printemps 2020
au vu de l'épidémie de la Covid-19



Table des matières

Des témoignages essentiels pour relayer la parole des ainé-e-s

– Marie-Hélène SKA 3

Le chemin de notre santé, une épopée en 2020

– Anne-Marie BALTHASART 4

L'aide aux personnes âgées (APA)

– Anne-Marie BALTHASART 6

Seul, seule face aux soins à apporter aux seniors désorienté-e-s

– Anne-Marie BALTHASART sur base du témoignage d'un aîné qui désire rester anonyme..... 8

Changer de logement : une étape délicate. La maison Abbeyfield : un projet de vie intéressant !

– François VERHULST 9

Une Maison de Repos est d'abord le lieu de vie des personnes hébergées

– Anne-Marie BALTHASART 10

ENQUÊTE



11-12-13-14

MR-MRS : une flopée de question à creuser

– Témoignage de René JAMAR..... 15

Rester à domicile, un choix « idéal » ... qui a un coût

– Témoignage d'Arlette MANGUETTE 16

Les Maisons Médicales, une formule solidaire pour bénéficier de soins de santé de qualité

– Anne-Marie BALTHASART sur base d'un témoignage de la Maison Médicale l'Atoll 16

La question de l'âgisme dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19

– Pierre MISSOTTEN 17

Suggestions de lectures

22

Les FEC Seniors : un mouvement d'ainé-e-s dynamiques, portes-voix de tou-te-s les seniors !

– Gaëlle DEMEZ..... 23

(pré)Pensionné-e-s ? Il vous reste des cartes à jouer avec la CSC ! 24

Des témoignages essentiels pour relayer la parole des aîné·e·s

Marie-Hélène SKA, Secrétaire Générale de la CSC



Cette année 2020 a été surprenante, difficile et longue pour beaucoup d'entre nous. L'épidémie de Covid-19 nous pousse chaque jour à nous ré-inventer et à voir les choses différemment. Pour les seniors, c'est une période particulièrement éprouvante. « Les seniors », se sont en effet, autant de situations différentes qui méritent une réflexion particulière. Que l'on soit à son domicile ou en Maison de repos ou Maison de Repos et de Soins, à la ville ou à la campagne, en pleine santé ou traversant une maladie, autonome dans ses déplacements ou personne à mobilité réduite, bien entouré·e par ses proches ou seul·e... cette crise est vécue de manière très, très différente. C'est pourquoi le travail que font les FEC seniors au quotidien en récoltant la parole des aîné·e·s en faisant le lien avec les conditions de travail des travailleurs·euses des secteurs de l'aide aux personnes, en interpellant la CSC sur les situations injustes qu'ils-elles vivent, comme le contrôle abusif des bénéficiaires de la Grapa, est très important.

L'Université de Printemps des FEC seniors est toujours un moment fort de l'année sociale. Réfléchir, échanger, écouter des recherches ou des avis sur des réalités qui vous touchent au quotidien est essentiel. C'est le « Voir, juger, agir » cher à Cardijn, c'est l'éducation permanente auquel ont droit les seniors. Cette année 2020, les membres du Groupe de Travail Unifor des seniors ont dû reporter deux fois l'Université de Printemps « en présentiel » pour finalement vous livrer ce travail en version papier. « Le chemin de notre santé » est résolument un thème à côté duquel les seniors ne pouvaient pas passer, particulièrement en cette période. Ce travail est un travail conséquent et je remercie les membres du Groupe de Travail Unifor et en particulier la Présidente, Anne-Marie Balthasart, pour tout le travail accompli.

Cette période de fête sera particulière pour chacun·e d'entre nous. Permettez-moi de vous souhaiter une année 2021 qui répare les difficultés causées par ce virus et qui nous permette, en prenant le temps d'échanger et de se comprendre les un·e·s les autres, de (re)tisser les solidarités entre seniors, avec les travailleurs·euses et toutes celles et ceux qui veulent travailler à une société plus juste. Je terminerai évidemment par vous souhaiter l'essentiel pour 2021 : Une bonne santé !



Le chemin de notre santé, une épopée en 2020



Anne-Marie BALTHASART, Présidente des Seniors

En mars 2020, deux jours de formation sur la santé des ainé-e-s étaient programmés dans le cadre de la traditionnelle Université de Printemps (UP) des seniors. Ils furent convertis en un seul jour de formation en novembre.... Puis finalement en une version de l'UP 2020 sous forme de brochure papier et électronique. Cette reconversion nous a demandé une bonne dose de flexibilité mais nous sommes heureux-ses de pouvoir vous livrer ces témoignages et ces analyses, malgré la pandémie.

Au moment de rédiger, force est de constater que le Covid a envahi tous nos textes. Nous avons abordé les différents sujets en reprenant pour chaque point des informations, des interrogations et les traces de la pandémie. En cette période plus que jamais, il nous semble essentiel de travailler le thème de la santé des Seniors. A cette fin, nous sommes allés voir ce que dit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à ce sujet : **« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »**. Voici les principes de principes énoncés dans le préambule de la Constitution de l'OMS :

- La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses origines politiques, sa condition économique ou sociale.
- Les résultats atteints par chaque Etat dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.
- Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.
- Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées. »¹

Les seniors représentent un groupe loin d'être homogène. Les plus âgé-e-s d'entre nous peuvent être les parents des plus jeunes. Les femmes, plus nombreuses, vivent plus longtemps et leurs revenus sont inférieurs aux hommes (l'écart de pension entre femmes et hommes est de 28%). Les médicaments qu'on nous propose ne sont pas testés pour notre population. Beaucoup d'autres constats ce genre sont faits dans les études qui nous concernent et mériteraient d'être mieux creusés.

L'accès aux soins, l'accès à l'aide, travailler la prévention et le maintien de l'autonomie sont des sources de bienfaits pour tous les seniors et aussi moins de dépenses pour la Sécurité Sociale. La grande majorité des seniors souhaite rester le plus longtemps possible à leur domicile. Pour autant, tout est-il mieux à domicile ? Où sont les moyens nécessaires pour améliorer la nutrition, garantir des soins de qualité, pouvoir bénéficier d'un nombre d'heures suffisant pour l'aide, être aidé-e pour adapter son logement, être aidé-e pour plus de mobilité et pour pouvoir garder une vie sociale active ? A quel prix les seniors restent-ils à domicile ? Quel est le coût acceptable ?

L'hébergement en Maison de Repos (MR) ou en Maison de Repos et de Soins (MRS) est très cher, trop cher pour de nombreux seniors.

La prise en charge à domicile est aussi chère. Quand les études comparent, pour un même niveau de dépendance, l'importance des interventions mobilisées, il apparaît que la prise en charge à domicile est aussi onéreuse que l'accueil en MR ou MRS. Il n'y a pas de possibilité de

1 Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948». Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946. <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

prise en charge lourde sans une présence « bénévole » importante : famille, aidants-proches ... dont une majorité de femmes. Les besoins des seniors en aides, soins et prises en charge sont importants. Il faut développer des réponses concrètes pour faire face à ces différents besoins.

Pour cela, il faut absolument du personnel qualifié, en formation continue, bien payé et surtout dont les conditions de travail sont respectées. Dans les années qui viennent, de nombreux emplois seront créés pour améliorer les prises en charges et pour garantir l'accès aux aides nécessaires pour toutes et tous. Il faut améliorer les conditions de travail de tout le personnel, pas seulement les soignants. Des moyens publics doivent être

Prendre en main notre santé, c'est aussi notre responsabilité. Les activités collectives et individuelles sont aussi sources de bien-être, de maintien de l'autonomie. Plus nous vieillirons en bonne santé, mieux la Sécurité Sociale se portera.

En tant que seniors, nous réfléchissons depuis quelques années à l'importance du logement, notamment lors de l'Université de Printemps 2018. Nous n'y reviendrons pas directement dans ce document mais nous voulons y mettre en chantier une réflexion entendue dans un de nos groupes, qui fait le lien entre la santé et bien se loger : « *prendre en compte le bien-être lié aux conditions du logement plutôt qu'à la possession d'un bien familial* ».

« Prendre en main notre santé, c'est aussi notre responsabilité. »

dégagés pour l'ensemble du personnel des secteurs de l'aide et des soins ET pour permettre que les bénéficiaires puissent payer un prix acceptable.

Lors du premier confinement, nous avons applaudi le personnel. Tous ceux et surtout celles qui sont intervenus pour nous aider et nous soigner. Et maintenant ? On leur promet de mettre en pratique les accords sociaux négociés depuis plusieurs années. Il n'y a pas encore de réponses précises quant à l'amélioration de leurs conditions de travail. Comment il y aura-t-il plus d'infirmières demain alors qu'il y a moins d'élèves dans les écoles ? Toute-s réclament plus de bras pour bien nous soigner, bien nous aider. Ils-elles ne veulent plus passer près de nous bien vite pour faire un soin mais nous rencontrer, nous accompagner dans notre vieillesse et dans notre fin de vie.

Je vous souhaite une bonne lecture du contenu de cette Université de Printemps si particulière. Prenez bien soin de vous et de vos proches... et retrouvons-nous vite pour continuer à défendre les aînées et les aînés qui nous entourent.





L'aide aux personnes âgées (APA)

Anne-Marie BALTHASART

La Région bruxelloise et la Région wallonne ont voté des nouveaux textes légaux organisant l'APA. L'APA existait au niveau fédéral et est maintenant transférée aux Régions. Chaque Région a voté un nouveau texte organisant l'application de ce droit transféré. La Communauté germanophone a également mis en place de nouvelles règles.

L'APA peut être cumulée avec la GRAPA (garanties de revenus aux personnes âgées). Connaître l'APA va vous permettre de savoir qui est concerné par ce droit à un revenu complémentaire.

L'APA c'est quoi ?

C'est une allocation pour l'aide aux personnes âgées accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 65 ans, bénéficiant d'un faible revenu et se trouvant dans un état de santé contraignant (dû à une perte d'autonomie) impliquant une difficulté à effectuer certaines tâches de la vie quotidienne telles que faire le ménage, se laver, faire à manger, ... Les personnes dont le handicap a été reconnu avant l'âge de 65 ans conservent ce droit. Elles n'ouvrent pas un droit à l'APA. Elles maintiennent le droit « handicap » déjà acquis.

Le montant de l'allocation varie en fonction du nombre de points octroyés en prenant en compte le niveau de la perte d'autonomie. Cinq catégories sont établies. Les montants annuels seront répartis en 12 tranches mensuelles.

Catégories	Montant annuel BXL et Wal.	Montant mensuel BXL et Wal.
1 (7 ou 8 points)	1.062,55€	88,55€
2 (9 à 11 points)	4.056,00€	338,00€
3 (12 à 14 points)	4.931,45€	410,95€
4 (15 ou 16 points)	5.806,63€	483,89€
5 (17 ou 18 points)	7.132,63€	544,39€

En Wallonie, à partir du 01.01.2021, les demandes d'allocation, doivent être introduites par le demandeur, son représentant légal, ou un des professionnels désignés par le Gouvernement. Cette demande sera introduite auprès de son organisme assureur (mutuelles). L'organisme assureur traite la demande d'allocation en évaluant le niveau de perte d'autonomie et en prenant en compte la situation familiale et les revenus au moment de la demande. L'allocation est payée au bénéficiaire. Des règles de contrôle sont précisées. Elles prennent en compte la durée d'absence du territoire, l'évolution de la perte d'autonomie et l'évolution des revenus. D'autres règles, très techniques sont appliquées, des demandes d'informations concrètes peuvent être formulées à la mutualité.

A Bruxelles, dès le 1^{er} janvier 2021, vous pourrez introduire votre demande via le site de IRISCARE (www.myiriscare.brussels).



Le contrôle de l'ensemble de l'application de l'APA sera réalisé, à partir du 1^{er} janvier 2021 par l'AVIQ wallon et par IRISCARE à Bruxelles. Le tribunal du travail sera compétent pour traiter les éventuels litiges. Le service juridique de la CSC pourra vous défendre si cette situation se produit.

En ce qui concerne l'APA, la Communauté germanophone reprendra la compétence en au 1^{er} janvier 2023. Il n'y a pas encore de texte voté. Le système actuel est assez complexe : une simplification est en cours. Les personnes dépendantes verront leurs droits garantis. Le service fédéral continue ses interventions pour les personnes bénéficiant actuellement de l'APA, et pour les demandes qui seront formulées jusqu'au 31 décembre 2022.

In der deutschsprachigen Gemeinschaft

In Bezug auf die Beihilfe zur Unterstützung von betagten Personen (BUB) ist ab dem 1. Januar 2023 wieder die Deutschsprachige Gemeinschaft zuständig. Ein entsprechendes Gesetz wurde noch nicht verabschiedet.

Da das aktuelle System sehr komplex ist, sucht man nach Möglichkeiten es zu vereinfachen. Die Rechte der zu unterstützenden Personen bleiben gesichert.

Der föderale Dienst bleibt weiterhin zuständig für die Personen, die aktuell die BUB beziehen sowie für alle Anträge, die bis zum 31. Dezember 2022 eingehen.

Nos attentes FEC Seniors concernant l'APA

- ▶ Une enquête doit être menée pour connaître les besoins des personnes âgées. De nombreuses personnes ne connaissent pas ce droit.
- ▶ Fonctionner dans le cadre d'une enveloppe fermée peut présenter des difficultés financières à l'avenir. Le financement doit être garanti.
- ▶ La notion de droit individuel n'est pas reprise, l'allocation sera versée en fonction des revenus du ménage.
- ▶ L'organisation de l'évaluation de la perte d'autonomie, en Région wallonne, ne reprend plus la possibilité de traitement « par expertise sur pièces », ce qui handicape des personnes très âgées, des personnes avec un dossier prioritaire tel que phase terminale, soins palliatifs, chimiothérapie, espérance de vie courte.

« L'APA c'est une allocation pour l'aide aux personnes âgées accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 65 ans, bénéficiant d'un faible revenu et se trouvant dans un état de santé contraignant... ».



Seul, seule face aux soins

Anne-Marie BALTHASART

sur base du témoignage d'un aîné qui désire rester anonyme



Nombreux sont les seniors confronté-e-s à la présence de troubles mentaux naissants ou avérés, pour eux-mêmes, dans leur couple ou chez leurs très vieux parents qu'ils accompagnent. Ces situations sont très lourdes à vivre. Souvent les difficultés sont niées par la personne malade. Quand la personne désorientée nie les situations rencontrées, l'aidant-e proche est encore plus en difficultés¹.

La vie de tous les jours devient une succession de petits faits, qui mis bout à bout rendent la vie très dure. Les personnes désorientées se sentent inutile, n'acceptent plus ce qui est fait par le partenaire, oublient beaucoup, se fâchent rapidement, dramatisent, inventent et souvent se mettent en danger. Comment laisser seule une personne qui oublie le gaz, qui se perd si elle sort, qui prendra deux fois ses médicaments car elle a oublié, ou qui refuse de prendre ses médicaments car elle refuse les soins ?

Tous les membres de la famille sont inquiets. Souvent, ils se partagent des moments de présence pour permettre à l'aidant-e proche de souffler, de faire des courses et même de continuer à participer à des activités. Il est très important, pour les proches de pouvoir répartir la prise en charge. Cette démarche peut être mise au niveau de « soin », tant elle permet de garder l'équilibre mental tellement sollicité.

Du côté des soignants, les interventions sont souvent très réduites. Il n'y a pas l'obligation de soigner quelqu'un qui refuse les soins. Les contacts se font plus souvent avec l'aidant-e proche, qui reçoit une série de conseils et est ainsi aidé-e à faire face, seul-e, à la situation présente.

Il faut aussi prendre en compte la durée de ces situations. Souvent, plusieurs années peuvent s'écouler durant lesquelles la santé de la personne désorientée va se dégrader petit à petit. Cette longue période ne se terminera pas toujours par l'entrée de la personne désorientée dans une institution de soins. Il n'est pas rare de rencontrer des situations où le-la senior-aidant-e proche ne peut plus faire face, et voit sa santé gravement compromise.

Le confinement a aggravé cette situation. Les aidant-e-proche et les personnes désorientées, coincées à la maison, sont plus livrés à eux-mêmes, en face-à-face, avec moins de recours aux aides extérieures. Le médecin fait ses consultations par téléphone. Les activités extérieures sont interrompues. Des témoignages citent aussi des interruptions de suivi par des spécialistes. Il n'y a pas, ou très peu, d'appels venant des spécialistes hospitaliers suite à la suppression des consultations.

Comment faire quand on est seul-e face à cette situation ? Le confinement alourdit tout. Il faut être fort-e. Être capable de résister à des situations très tendues, qui vont jusqu'à la méchanceté. Tenir le coup quand les contacts extérieurs sont coupés, et qu'il ne reste que peu d'aide au sein de la famille.

On a beaucoup entendu qu'il fallait apprendre à « savoir gérer son stress ». Facile à dire, bien plus difficile à faire, surtout en situation de stress. C'est sans doute un conseil à mettre dans la case de la prévention, de la préparation à ce moment que tou-te-s peuvent rencontrer : être seul-e devant une personne désorientée.

1 Rappelons que 70 à 80% des aidants-proches sont des femmes. <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/une-enquete-sur-les-besoins-des-aidants-proches>



Changer de logement : une étape délicate. La maison Abbeyfield : un projet de vie intéressant !



Témoignage de *François VERHULST*

Où bien vivre en avançant en âge ? Le partage d'habitat est une des solutions à envisager pour sortir de la dualité entre le « chez moi à tout prix » et le « en Maison de Repos (MR) si rien ne va plus ». Le partage d'habitat se décline sous diverses formes : accueillir chez soi, être accueilli chez d'autres, partager un habitat à plusieurs, avec plusieurs générations regroupées ou en privilégiant une « tranche » d'âge.

Le **projet Abbeyfield** apporte une réponse sous la forme d'un habitat groupé solidaire pour seniors.

Les trois termes « habitat – solidarité – seniors » doivent être mis en relation et en priorités.

Seniors : le choix du projet Abbeyfield est de s'adresser aux seniors, c'est-à-dire à la partie de la population qui a atteint les 60 ans (ou un peu moins). Le projet Abbeyfield est un projet complémentaire aux projets d'habitats intergénérationnels. Le choix d'un habitat entre seniors offre l'avantage d'une plus grande proximité entre habitants, les habitants étant en général des personnes seules ou, plus rarement, des ménages sans les enfants.

Solidarité : la solidarité et le partage sont au cœur du projet Abbeyfield. C'est le terme « ensemble » qui caractérise ce type d'habitat, dans un équilibre à construire entre autonomie personnelle, indispensable, et partage des tâches et des souhaits, voire des préoccupations. En-

trer dans une maison Abbeyfield, y devenir habitant ou volontaire, veut dire d'abord adhérer à ce projet de solidarité et de partage, avec l'envie et le projet de continuer à vivre c'est-à-dire de rencontrer, d'évoluer, de chercher avec d'autres, dans un esprit curieux, les bonnes pratiques du « vivre ensemble », au carrefour de l'équilibre, et du développement personnel, et de la construction du groupe. C'est l'occasion d'un magnifique exercice de construction commune de l'autonomie de chacun.

La présence de volontaires non-habitants dans le projet Abbeyfield est importante, que ce soit dans l'accompagnement des maisons ou dans les structures de soutien et de promotion du projet. Habitants et volontaires sont appelés à être partenaires au sein du projet, complémentaires. L'adhésion des volontaires n'est pas exactement la même que celle des habitants, évidemment, mais il est nécessaire qu'ils se sentent impliqués dans le développement du projet, proches et accompagnateurs. C'est une position à questionner et à affiner en permanence.

Habitat : l'habitat, sous ses côtés techniques et financiers, vient s'adapter ensuite aux priorités et contraintes des deux premiers termes. Différents aspects sont mis en avant : mobilité, équipement, simplicité d'utilisation.

Ce n'est donc pas l'habitat qui est mis en avant : habiter ensemble est un moyen de développer le projet de solidarité et de partage. La recherche d'un toit ne doit pas être la première préoccupation du candidat habitant qui risquerait de se trouver en porte à faux par rapport au « vivre ensemble », cœur du projet et de l'organisation de la maison.

Voilà, très rapidement brossé, une courte évocation de ce projet qui, dans la pratique, se révèle riche d'expériences, parfois de contraintes et de divergences, mais où la fonction de « laboratoire permanent » peut apporter une vitalité et une force de cohésion remarquables qui soutiennent les habitants dans cette dernière partie de leur vie.

« Le projet Abbeyfield apporte
une réponse sous la forme
d'un habitat groupé solidaire
pour seniors. »



Une Maison de repos est d'abord le lieu de vie des personnes hébergées

Anne-Marie BALTHASART

La majorité des seniors vivent à domicile. Seuls 9,4% des personnes de plus de 70 ans en Wallonie et 20,6% des personnes de plus de 80 ans à Bruxelles vivent en Maisons de Repos (MR) - Maisons de Repos et de Soins (MRS).

La crise du Covid-19 a dramatiquement secoué le monde des MR-MRS. De nombreux-ses seniors sont mort-e-s, parfois seul-e-s, en n'ayant pas toujours eu accès aux soins dont ils-elles avaient besoin.

Le monde du Non-Marchand, les familles, le public, plusieurs organisations ont interpellé la société et tout particulièrement le monde politique sur ces situations dramatiques.¹

La population, très émue par la situation du secteur de la Santé, a applaudi tous les soirs pour les soutenir.

Tant les conditions de vie des personnes âgées que celles du personnel occupé sont mises en cause. De nombreuses personnes s'interrogent sur l'avenir des MR-MRS. Des mesures doivent être prises. Le choix de ces mesures

ne peut se faire dans la précipitation. Les personnes hébergées ont des profils très variables, leurs besoins sont différents. De plus, pendant la durée d'un séjour, les situations rencontrées peuvent être amenées à évoluer. Les séjours doivent offrir des garanties tant du point de vue des soins que du point de vue de la qualité de vie. Les relations humaines doivent être un fil conducteur du mode

de vie en MR-MRS. Les relations avec les proches favorisées. La MR-MRS doit s'adapter aux besoins des personnes âgées et ne pas obliger les personnes âgées et leurs familles à respecter des règlements proches d'un pensionnat d'adolescents.

Le grand nombre de morts, la solitude accrue par le double

confinement dans la chambre et dans la MR-MRS, la rupture presque complète des contacts avec les proches laissent des traces. De ce fait, certains prônent une « désinstitutionnalisation » face aux difficultés rencontrées.

Mais connaît-on des situations vécues à domicile ? Il faut rappeler que moins de 10% des personnes âgées vivent en MR-MRS. Toutes les autres vivent à domicile. Un petit nombre bénéficient d'un domicile adapté et sécurisé. Le vécu des personnes âgées à domicile n'est pas bien connu et encore moins analysé dans le cadre de la pandémie. Là aussi des difficultés ont été rencontrées et nécessitent l'amélioration des aides et des soins disponibles.

A ce stade, il faut donc être prudent. Nous sommes sous l'effet de beaucoup d'émotions. Une analyse des situations rencontrées est nécessaire. Des plaintes doivent être suivies de prises de décision. Les moyens humains qualifiés doivent être renforcés. Les améliorations doivent être apportées avant de penser à la suppression pure et simple (voir simpliste ?) de ce type d'hébergement.

« Les relations humaines doivent être un fil conducteur du mode de vie en MR-MRS ».

- ▶ Médecins Sans Frontières, « *Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique.* »,
- ▶ Amnesty.BE à propos des droits des personnes âgées « *Les Maisons de repos dans l'angle mort de la Covid-19* », novembre 2020, LES DROITS HUMAINS DES PERSONNES ÂGÉES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN BELGIQUE
- ▶ Unia, « *Les personnes handicapées et les personnes âgées ont le droit d'être soignées* »
- ▶ ENEO, « *Isolement et confinement des résidents plus jamais comme ça* »
- ▶ Fédération des CPAS, « *Les Maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ?* »

¹ Voir bibliographie en p.22

Et vous, que pensez-vous du chemin vers votre santé ?



Que faudrait-il améliorer pour que ce chemin soit meilleur ?

- Faites-le nous savoir en remplissant cette enquête et en la faisant parvenir à Gaëlle Demez, FEC seniors, chaussée de Haecht 579, 1030 Bruxelles **pour le 28 février maximum !**

Notre cahier de revendications, longuement travaillé en 2019, reprend plusieurs positions concernant la santé.

N°11 : Nous exigeons, pour tous et toutes les aînés et les aînées, que soit assuré et maintenu l'accès à des soins de santé de qualité. Nous réclamons que l'accessibilité à l'aide et aux soins à domicile soit garantie pour toutes et tous en développant et soutenant financièrement les services.

N°12 : nous étions enthousiastes suite à la création de l'Assurance Autonomie en RW et en souhaitons une pour BXL. Nous demandons, en lien avec le développement de l'aide et des soins à domicile, que soit prisent les mesures d'aide à l'adaptation des logements ainsi que les mesures favorables au maintien de la mobilité. Des mesures doivent être prises pour maîtriser le coût des aides pour les bénéficiaires. Nous demandons la création d'un Maximum du Coût de l'Aide (MCA- dans le même esprit que le Maximum à Facturer- MAF de l'INAMI).

N° 13 : nous demandons le renforcement du statut des aidants et aidantes –proches et davantage d'informations sur les mesures d'aides et d'accompagnements.

Le grand âge met notre système en demeure d'organiser le soin autour de la personne. Il est recommandé de travailler à une coopération plus efficace des différentes professions et institutions sanitaires, médico-sociales et sociales. C'est une véritable « coordination autour de la personne » qui doit être l'objectif cible. Elle doit exister pour l'ensemble des patients âgés, s'appuyant sur le médecin traitant, en charge de la gestion du dossier global.



Domicile / adaptation du logement

Question 1 :

Des soins importants à domicile et de longue durée, nécessitent-ils la présence d'une personne auprès de la personne âgée ?

Question 2 :

Médecine de garde, accès en soirée et le WE. Ne risque-t-on pas une hospitalisation fréquente en l'absence de médecins de garde ?

Question 3 :

Si vous êtes patient·e inscrit·e dans une Maison Médicale au forfait, que pensez-vous de cette pratique ?

Question 4 :

Qu'attendez-vous des services de coordination d'aides et de soins à domicile ?

Question 5 :

Comment améliorer la participation des seniors aux activités existantes ? Comment connaître les activités organisées proches de votre domicile ?

Résidences services et autres logements intermédiaires

Question 6 :

Etes-vous prêt·e à changer d'habitation pour occuper un logement mieux adapté à votre évolution de santé ?

Maison de Repos (MR) -Maison de Repos et de Soins (MRS)

Question 7 :

Comment améliorer la nutrition en MR-MRS ?

Question 8 :

Les personnes hébergées gardent-elles le contrôle des médicaments administrés ?

Question 9 :

Dans les MR-MRS, faut-il organiser l'accueil séparé ou ensemble, des personnes désorientées ? Avez-vous connaissance du mode de fonctionnement d'un Cantou ? (Cantou : service fermé accueillant des personnes désorientées) ?

Question 10 :

Comment peut-on améliorer le bien-être en MR-MRS ? Avez-vous des propositions concrètes à formuler ?

Hospitalisation

Question 11 :

Comment mieux organiser la sortie de l'hôpital ?

Covid 19

Question 12 :

Avez-vous gardé les contacts habituels avec votre médecin traitant et les médecins spécialistes que vous rencontrez régulièrement ? De quelles manières (en vous rendant à une consultation, par tel. ou autres) ?

Question 13 :

Avez-vous du interrompre un ou des traitements en cours ? Si oui, quel type de traitement ?

Question 14 :

**Avez-vous subi un refus d'accompagnement pour une consultation médicale ou un soin ?
Etes-vous resté seul-e, suite aux mesures prises, pendant une hospitalisation ?**

Merci

MR-MRS : une flopée de questions à creuser

Article sur base du témoignage de *René JAMAR*

La vie en maison de repos est très particulière. Plusieurs postes posent questions et reviennent sans cesse dans les discussions, tant directement de la part des personnes hébergées que de la part des familles. La nutrition des personnes hébergées en MR-MRS est souvent mise en cause. Le manque de temps et d'aide pour manger et boire est souvent cité comme pré-occupant. La présentation des aliments n'est pas toujours adaptée aux capacités de la personne. Ces situations peuvent entraîner des situations de dénutrition... et une violence réelle vis-à-vis des personnes âgées.

Que faudrait-il améliorer pour éviter ces situations ?

Mettre plus systématiquement en place des méthodes qui permettent un maintien du contact avec des proches avec leur aîné-e hébergé-e en MR-MRS. Des questions sont à se poser sur l'organisation de l'institution.

- ▶ Permet-elle de garder, voire d'améliorer les contacts avec un proche désorienté ?
- ▶ La santé des personnes vivant en MR-MRS est appelée à évoluer avec le temps. Les soins et l'accompagnement doivent suivre cette évolution. L'organisation actuelle permet-elle ce suivi de la santé des personnes âgées présentes dans les MR-MRS ?
- ▶ Serait-il possible de mettre en place des formations pour les proches qui ne savent pas toujours comment prendre soin de personnes âgées, même si c'est leur parent.
- ▶ Comment améliorer les contacts et la relation entre le senior, les proches et le personnel soignant ? Et puis surtout, comment améliorer considérablement les conditions de travail des soignant-e-s afin que celles et ceux-ci puissent avoir plus de temps à consacrer à des soins et à des moments de qualité, tant avec les seniors qu'avec leurs proches ?

Dans cette période de crise plus que jamais, le dialogue est à créer et développer pour un plus grand bien-être des seniors.



©Pixabay

« Dans cette période de crise plus que jamais, le dialogue est à créer et développer pour un plus grand bien-être des seniors ».

Rester à domicile, un choix « idéal » ... qui a un coût

Témoignage d'Arlette MANGUETTE

J'ai travaillé 40 ans comme Aide Familiale. J'ai rencontré beaucoup de situations différentes. Les plus pénibles se rencontrent souvent chez les personnes les plus démunies, notamment les difficultés financières pour aménager leur logement. Les personnes âgées sont souvent rétives quand il faut changer son mode de vie. Les aménagements (douche, monte escaliers, toilettes adaptées, poignées pour se lever etc...) sont souvent très coûteux et difficiles à installer sans recourir à des hommes de métiers - qui ne travaillent pas bénévolement - alors que les pensions sont si basses. Moi, j'habite un appartement à l'étage, donc avec beaucoup d'escaliers qui deviennent de plus en plus dur à monter. C'est beaucoup trop onéreux de faire des transformations pour installer un ascenseur ou un monte-personne. Pour cela, il faudrait démolir la maison. Alors nous faisons comme nous pouvons en se disant que c'est bon pour la forme. Les centres de coordination peuvent être une aide

pour orienter les personnes dans leur choix de rester à domicile mais ils restent souvent au niveau des conseils et ne tiennent pas toujours compte des ressources des personnes. Ils peuvent conseiller une aide familiale, une garde à domicile, une aide-ménagère, les repas à domicile, un ouvrier pour réaliser de petits travaux etc... mais tout cela a un coût et il n'est pas toujours possible d'y faire face. Heureusement, il y a aussi la solidarité des voisin-e-s ou de la famille. Bien sûr, quand c'est encore possible, les premières personnes concernées sont les personnes âgées elles-mêmes : elles doivent mettre un maximum d'atout pour garder une bonne forme (loisirs, marche et surtout contacts). Il faut aussi un minimum d'hygiène et faire attention à sa nourriture, être suivi-e par un médecin qui conseillera les meilleures mesures et médicaments à prendre.

Mais tout cela ne nous empêchera pas de devenir vieille ou vieux !

Les Maisons Médicales, une formule solidaire pour bénéficier de soins de santé de qualité

Anne-Marie BALTHASART sur base d'un témoignage de la Maison Médicale l'Atoll

Les Maisons Médicales sont une bonne formule pour bénéficier de soins de santé de qualité pour les seniors qui séjournent à leur domicile. Elles sont organisées de manière à rechercher la garantie d'accès aux soins ambulatoires pour toutes et tous. Cette démarche participe, avec d'autres, à la lutte contre la pauvreté. Dans de nombreuses Maisons médicales, la prise en charge des frais pour les patients se fait ainsi par la pratique du forfait.

Le paiement au forfait pour les pratiques de première ligne (médecin, kiné, infirmière) a débuté en 1982. Ce système de paiement est basé sur un contrat tripartite :

- ▶ le-la patient-e s'inscrit dans une Maison médicale,
- ▶ la Maison médicale prodigue les soins

- ▶ et la mutuelle s'engage à payer le forfait à la Maison médicale.

Le forfait est payé pour chaque personne inscrite. Toutes les Maisons médicales en Wallonie sont des asbl.

Pendant le confinement les démarches faites dans le cadre de la santé communautaire ont été très fortement ralenties. C'est le cas de la prévention et de l'éducation à la santé. Les interventions de dépistage ont été interrompues. Face aux risques accrus de contagion entre les malades et les soignant-e-s, un grand nombre de consultations se sont réalisées à distance.

Du coup, la garantie de l'accès aux soins a été difficile à réaliser.



La question de l'âgisme dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19



Pierre MISSOTTEN, Docteur en Psychologie et Chercheur Responsable du projet de Spin-off LyAge (subside Région Wallonne), Unité de Psychologie de la Sénescence, à l'Université de Liège (ULiège)

Comme noté dans l'article d'Adam et de ses collaborateurs¹, la vision du vieillissement qui prédomine actuellement dans nos sociétés est une perception négative teintée du phénomène d'âgisme (ce terme reprend toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge ; Butler, 1969). Comme développé tout au long de l'article de ces auteurs, l'impact de l'âgisme sur la santé physique et mentale des personnes âgées, sur leurs interlocuteurs et sur les interactions qui se nouent entre eux est loin d'être anodin ! Dans le présent article, nous allons envisager ce phénomène d'âgisme et ses conséquences en ces temps de crise liée à la Covid-19.

Commençons par un rapide petit historique. Le 17 novembre 2019, on rapporte le premier cas de Covid-19 en Chine à Huanan : le patient X âgé de 55 ans. Depuis, l'infection (d'abord qualifiée d'épidémie) n'a cessé de se propager sous forme d'une vague partant de l'Asie et s'étendant ensuite à l'Europe et enfin à l'Amérique (du Nord et du Sud). C'est dans ce contexte de propagation mondiale, que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a qualifié le 11 mars 2020 la crise Covid-19 de « pandémie ». En raison du nombre croissant de cas et de décès, des recherches internationales se sont rapidement portées sur les facteurs de risque liées à la Covid-19². Bien que beaucoup de choses demeurent à ce jour inconnues ou incertaines, les premières données en provenance de Chine ont très tôt souligné l'âge comme facteur de risque important de développement d'une forme sévère de la Covid-19 et de décès liés à la Covid-19³.

Si nous ne contredisons bien sûr aucunement ces éléments, il est regrettable qu'ils aient mené à décrire le virus comme affectant « uniquement » les personnes âgées. En effet, cette centration sur l'âge occulte une série de réalités. Premièrement, les personnes âgées ne forment pas

un groupe homogène de personnes. A l'inverse, les qualificatifs qui représentent le mieux la réalité du vieillissement et des personnes âgées sont « hétérogénéité » et « multidimensionnalité »⁴ : les personnes âgées diffèrent par leur histoire de vie, leur origine culturelle, leur génétique et leurs antécédents de santé. Le processus de vieillissement lui-même est par ailleurs très diversifié et dépendant du contexte. Deuxièmement, si le taux de létalité liée à la Covid-19 a été estimé à 2,6% chez les personnes de plus de 59 ans, il a été évalué à 6% pour les patients hypertendus, 7,3% pour les patients diabétiques, 10,5% pour

« Les qualificatifs qui représentent le mieux la réalité du vieillissement et des personnes âgées sont "hétérogénéité" et "multidimensionnalité" ».



©AdobeStock

1 Adam et al., 2017 ; cf.annexe de cette brochure

2 Starke et al., 2020

3 Zhou et al., 2020 ; Richardson et al., 2020

4 Fingerman et Trevino, 2020 ; Klusmann & Kornadt, 2020

les patients atteints de maladies cardiovasculaires, 6,3% pour les patients atteints de maladies respiratoires chroniques et 5,6% pour les patients cancéreux⁵. Dans la lignée de ces données chiffrées, Starcke et al. (2020) ont montré que des comorbidités liées à l'âge, mais non spécifiques à ce dernier (en l'occurrence le diabète, l'hypertension, une maladie coronarienne ou un accident vasculaire cérébral, une immunodéficience, un antécédent de maladie respiratoire, et une maladie rénale), ont un poids bien plus important que l'âge en lui-même. Ce deuxième point nous amène à considérer, comme d'autres (Fraser et al., 2020), que l'âge a tendance à être confondu avec la fragilité et la comorbidité, qui sont probablement les facteurs les plus importants associés à la mortalité. Troisièmement, il est maintenant clairement établi que la Covid-19 peut toucher n'importe qui ! Ainsi, des données canadiennes ont par exemple suggéré qu'à certains moments de la crise, les jeunes adultes représentaient la plus grande proportion de porteurs de la Covid-19. Les personnes de moins de 60 ans représentent d'ailleurs une part non négligeable des hospitalisations (dont plus de 35% en soins intensifs) (Gouvernement du Canada, 2020). De plus, il existe de plus en plus de preuves claires documentant un impact important de la maladie chez les plus jeunes⁶. Ces derniers ne sont pas immunisés contre ce virus et partagent la responsabilité de sa propagation. En fin de compte, la Covid-19 n'est pas une maladie des personnes âgées et ses effets sont ressentis par tout le monde. En ce sens, tout un chacun doit faire sa part de travail pour réduire sa propagation⁷.

Malheureusement ces divers éléments ont été assez peu communiqués et perçus par le grand public. La centration sur l'âge, et donc sur l'idée d'un virus (la Covid-19) affectant « uniquement » les personnes âgées a constitué la « norme », ce qui a contribué à une flambée de l'âgisme⁸. En effet, si on s'intéresse au discours public, force est de constater qu'un nombre croissant de



©AdobeStock

« En fin de compte, la Covid-19 n'est pas une maladie des personnes âgées et ses effets sont ressentis par tout le monde ».

personnes âgées ont été présentées comme étant toutes similaires, en l'occurrence impuissantes, fragiles, et incapables de contribuer à la société. De telles opinions ont été diffusées par les médias sociaux, la presse et les annonces publiques des gouvernements du monde entier⁹. En termes de médias sociaux, différents auteurs se sont particulièrement penchés sur les contenus postés sur Twitter, contenus clairement âgistes dans un certain nombre de cas¹⁰. Une illustration forte de l'âgisme y apparaît avec le hashtag #BoomerRemover utilisée pour décrire la Covid-19. Comme expliqué par le Professeur Martine Lagacé de l'Université d'Ottawa¹¹, ce concept dit que « *plus les personnes âgées disparaissent, moins ça nous coûtera cher en soins de santé ou en pensions et plus il y aura de postes disponibles pour les plus jeunes* ». En cela, ce hashtag peut révéler une forme extrême d'âgisme (dépassant l'âgisme bienveillant et même hostile) qu'est le sénicide, défini comme le meurtre de personnes âgées ou leur abandon à la mort¹². Sur base de tels constats et pour appuyer la singularité de l'âgisme, le Professeur Lagacé invite tout un chacun à se poser la question suivante : « *à propos de quel autre groupe culturel, religieux, ethnique ou racisé*

5 Surveillances, 2020, cité par Starcke et al., 2020

6 CDC COVID-19 Response Team, 2020

7 Fraser et al., 2020

8 Lichtenstein, 2020

9 cf. Ayalon et al., 2020 pour une série d'exemples

10 Xiang et al., 2020

11 <https://www.ledevoir.com/societe/577349/le-virus-de-l-âgisme>

12 Xiang et al., 2020

« Il est établi, sur base des données issues de 26 pays, qu'en moyenne 47% de l'ensemble des décès liés à la Covid-19 concernent des résidents d'institutions pour personnes âgées ».

de nos sociétés trouverait-on acceptable de laisser circuler un slogan haineux pareil ? » Poser la question est déjà y répondre... Elle poursuit son interview en énonçant que « *#BoomerRemover a été retiré après deux semaines d'usage intensif, mais, encore une fois, on tolère un vocabulaire de haine explicite par rapport aux personnes âgées qu'on ne tolérerait jamais par rapport à d'autres groupes sociaux.* ». Notons toutefois que ces propos et attitudes âgistes extrêmes ne sont (heureusement) pas partagés par tous, en ce y compris sur les réseaux sociaux. Ainsi, toujours sur base d'une analyse du réseau social Twitter, des auteurs¹³ ont analysé le contenu de 188 réactions émises suite à une suggestion formulée par le Gouverneur du Texas¹⁴ Dan Patrick. Lors d'une interview diffusée sur la chaîne américaine Fox News, celui-ci a suggéré que les générations plus âgées sacrifient leur vie dans le but de réduire les dommages économiques de la pandémie, supposés nuire de manière disproportionnée aux jeunes générations. Seuls 5% des réactions formulées soutenaient une telle position, 5 autres pourcents étaient des réactions neutres et 90% s'opposaient à une telle position.

Si l'âgisme est, comme nous venons de l'illustrer, clairement présent dans les messages véhiculés dans le cadre de la crise Covid-19, il s'est reflété de diverses manières. Nous n'avons ici aucune prétention d'exhaustivité des manifestations de l'âgisme en ces temps de pandémie. Juste la volonté de fournir l'une ou l'autre illustration particulièrement flagrante. Au début de la crise, il a par exemple été frappant de constater que les pouvoirs publics français (mais pas que...) ne communiquaient

pas les chiffres de mortalité des personnes âgées dans les maisons de retraite, ce qui pouvait amener le tout un chacun à conclure que ces décès étaient insignifiants et prévisibles¹⁵. Parlant des décès, il a aussi été marquant de constater à quel point des écrits médiatiques détaillés étaient rédigés lorsqu'il s'agissait de jeunes alors que les décès de milliers d'adultes âgés n'étaient que simplement comptés. Cette réalité révèle que la mort d'un jeune adulte mérite une histoire de vie, tandis que la mort d'une personne âgée n'est que trop souvent réduite à une simple statistique¹⁶. Toujours en lien avec la triste réalité des décès, il est établi, sur base des données issues de 26 pays, qu'en moyenne 47% de l'ensemble des décès liés à la Covid-19 concernent des résidents d'institutions pour personnes âgées¹⁷. Ces statistiques questionnent et amènent une réflexion sur la (nécessaire) évolution du secteur. Dans le contexte présent, elles remettent en question voire même fustigent la préparation d'une réponse ad hoc à la Covid-19 ou plutôt son manque de préparation. Le récent rapport d'Amnesty International Belgique Francophone « *Les maisons de repos dans l'angle mort* » est éclairant à ce propos... Il fait notamment mention du fait que les maisons de repos n'ont pas constitué une priorité dans la lutte contre la pandémie, que de nombreux résidents qui auraient dû être hospitalisés ne l'ont pas été, etc¹⁸. Non spécifiques au contexte belge, ces éléments trouvent un prolongement dans le constat de décisions de rationnement des respirateurs et

13 Barrett et al., 2020

14 <https://www.ledevoir.com/societe/577349/le-virus-de-l-âgisme>

15 Boumediene, 2020

16 Fraser et al., 2020

17 Comas-Herrera et al, 2020

18 Amnesty International Belgique Francophone, 2020

des lits d'hôpitaux en fonction de l'âge¹⁹. En effet, lorsque le matériel médical et la capacité hospitalière se raréfient, les prestataires de soins peuvent être confrontés à des décisions éthiques liées à une question du type : la vie de qui est-elle prioritaire ? Dans ce cas, l'âge peut devenir un facteur décisif, comme en témoigne par exemple l'adoption aux États-Unis des directives d'attribution des respirateurs²⁰. Selon ces dernières, « l'âge peut être considéré comme un critère de choix dans des circonstances limitées »²¹. De telles décisions peuvent amener les gens à croire que la vie d'une personne âgée a moins de valeur que celle d'une personne plus jeune²²... Aussi, les personnes âgées elles-mêmes peuvent craindre non seulement la maladie elle-même, mais aussi, en cas d'infection, la non obtention d'un traitement adéquat parce

la situation qui nous occupe ici, vu que toutes les personnes âgées ont été vues comme un groupe homogène vulnérable, il a par exemple été décidé, souvent sans aucune prise en compte de leur propre avis, de les (sur) protéger. Ainsi, de nombreux pays leur ont imposé des restrictions de quarantaine plus strictes. De même, les familles ont été invitées à réduire les contacts avec leurs parents plus âgés, et les personnes de plus de 60 (ou 65 ans) ont temporairement été exclues de leur lieu de travail. Il leur a aussi été défendu d'assister à des événements au sein d'espaces publics comme privés. Enfin, des membres de la famille ont souvent pris en charge des tâches quotidiennes telles que les courses pour leurs parents plus âgés, parfois même sans leur consentement²⁴. Cette notion de non consentement reflète parfaitement



que la communauté médicale accorderait la priorité aux plus jeunes pour les soins²³.

A côté de ces manifestations d'âgisme que nous pourrions majoritairement qualifier d'hostiles, la gestion de la crise Covid-19 a également mis en évidence des attitudes d'âgisme bienveillant. Classiquement, l'âgisme bienveillant se reflète via des comportements maternants (souvent basés sur de « bonnes intentions »), mais aussi dans certains cas paternalistes et condescendants, une tendance à fournir plus d'aide que nécessaire. Dans

une réalité à laquelle bon nombre de personnes âgées ont été confrontées, à savoir la perte de choix et de liberté individuelle dans le cadre de cette crise sanitaire. Autrement dit, elles ont perdu leur capacité d'« auto-détermination » (c'est-à-dire leur autonomie décisionnelle). Ce constat est bien reflété dans divers textes dont par exemple, la chronique de Myriam Tonus « Je voudrais mourir vivante »²⁵ où elle écrit notamment « *Que l'on me permette, à moi qui fais partie de cette catégorie (71 ans quand même), de dire que cette protection, je ne la demande pas et ne comprends pas au nom de quoi l'on me protège contre mon gré...* ». Comme d'autres ce constat

19 Barrett et al., 2020).

20 Fraser et al., 2020

21 Zucker et al., 2015

22 Fraser et al., 2020

23 Kessler & Bowen, 2020

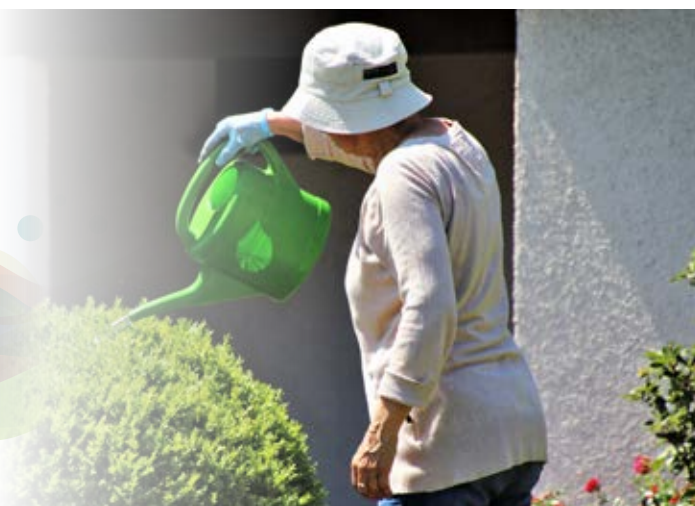
24 Klusmann & Kornadt, 2020

25 <https://www.lalibre.be/debats/opinions/je-voudrais-mourir-vivante-5eb819837b50a67d2e4ff39c>

d'absence d'auto-détermination est majoré dans le cadre des institutions pour personnes âgées. Or il faut savoir que plus les individus (en particulier âgés) sont autodéterminés, meilleur est leur bien-être et leur qualité de vie²⁶. De même, le fait de pouvoir prendre des décisions ou de participer à la prise de décisions concernant son propre bien-être constitue, pour les personnes âgées, un facteur prédictif de la protection de leur santé mentale et physique²⁷. Enfin, la (sur)protection à l'égard des personnes âgées a eu un autre effet, à savoir accroître l'isolement social, isolement pourtant déjà considéré par certains²⁸ comme problème de santé publique avant la situation Covid-19.

En **conclusion**, le risque de stigmatisation ou de discrimination liée à l'âge est exacerbé dans le contexte de la

seulement les personnes âgées, mais aussi les personnes plus jeunes risquent d'intérioriser, davantage encore du fait de la crise Covid-19, la représentation selon laquelle être âgé signifie être vulnérable, et donc connaître avec le temps de moins bonnes trajectoires de santé physique et mentale³⁰. Par conséquent, il importe de dénoncer ces stéréotypes et attitudes et d'y faire contrepoids en favorisant une image réaliste des personnes âgées. Dans le présent cadre de la gestion de la crise sanitaire, cela peut passer par des initiatives telles que : personnaliser davantage les décès des personnes âgées, souligner que la pandémie touche l'ensemble de la population, peu importe l'âge, etc³¹. Il convient aussi d'être vigilant à divers éléments permettant de renforcer la solidarité sociale et intergénérationnelle, solidarité mise à mal par la crise sa-



© Pixabay

pandémie de Covid-19. Certains stéréotypes sont renforcés et porteurs de clivage et de mépris à l'égard des personnes âgées²⁹. Déjà dommageables à très court terme, ces représentations et attitudes âgistes doivent être source de vigilance pour l'avenir. En effet, comme décrit dans l'article d'Adam et de ses collaborateurs en 2017, de nombreuses études ont montré que les représentations que l'on se forge du vieillissement se transforment en prophéties auto-réalisatrices, affectant notre santé, notre bien-être et même notre longévité. En d'autres termes, non

nitaire³². Enfin, dans cette lutte contre l'âgisme, n'oublions jamais que les adultes âgés sont une source de connaissances générationnelles et de sagesse, ils contribuent de plus en plus à la population active, ils font du bénévolat et sont essentiels à la force de nos économies et de nos familles³³. Aussi, en accord avec ces auteurs, il convient de réfléchir à ce que nous avons à perdre si nous laissons l'âgisme influencer la manière dont nous parlons des personnes âgées et les traitons pendant et après la pandémie de la Covid-19³⁴. ▼

26 Tang et al., 2020

27 <https://news.yorku.ca/2020/06/16/feeling-expendable-during-the-pandemic-why-older-adults-need-to-feel-likethey-matter>

28 Kessler & Bowen, 2020

29 Institut National de Santé Publique du Québec, 2020

30 Kessler & Bowen, 2020

31 Voir par exemple Institut National de Santé Publique du Québec, 2020 pour plus de détails

32 Ayalon et al., 2020

33 Fraser et al., 2020

34 Bibliographie complète page 22

Bibliographie (article P. Missoten)

- Adam, S., Missotten, P., et al. (2017). Vieillir en bonne santé dans une société âgiste..., NPG 17, 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>
- Amnesty International Belgique Francophone. (2020). Les maisons de repos dans l'angle mort. https://www.amnesty.be/IMG/pdf/20201116_rapport_belgique_mr_mrs.pdf
- Ayalon L., et al. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>.
- Barrett, A. E. et al. (2020). Calculated Ageism: Generational Sacrifice as a Response to the COVID-19 Pandemic. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. <https://doi:10.1093/geronb/gbaa132>
- Butler RN. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243-6. CDC COVID-19 Response Team. (2020). Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(12), 343-346. <https://doi:10.15585/mmwr.mm6912e2>
- Comas-Herrera, A., et al. (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes : Early international evidence. LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network.
- Fraser, S., et al. (2020). Ageism and COVID-19: What does our society's response say about us? *Age Ageing*. <https://doi:10.1093/ageing/afaa097>
- Institut National de Santé Publique du Québec. (2020). Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-ainespandemie-covid19.pdf>
- Kessler, E.M., & Bowen, K. (2020). COVID ageism as a public mental health concern. *The Lancet Healthy Longevity*. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30002-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30002-7)
- Klusmann, V., & Kornadt, A.E. (2020). Current directions in views on ageing. *Eur J Ageing*. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00585-4>
- Lichtenstein, B. (2020). From "coffin dodger" to "boomer re-mover": Outbreaks of ageism in three countries with divergent approaches to coronavirus control. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. <http://doi:10.1093/geronb/gbaa102>
- Richardson, S., et al. (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. <http://dx.doi.10.1001/jama.2020.6775>
- Starke, K. R., et al. (2020). The age-related risk of severe outcomes due to COVID-10 infection: a rapid review, meta-analysis, and meta regression. *Int J Environ Res*, 17, 5974. <http://doi:10.3390/ijerph17165974>
- Tang, M., et al. (2020). A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life: Contributions of self-determination theory. *PsyCh Journal*, 9(1), 5-33. <https://doi.org/10.1002/pchj.293>
- Xiang, X., et al. (2020). Modern Senicide in the Face of a Pandemic: An Examination of Public Discourse and Sentiment about Older Adults and COVID-19 Using Machine Learning. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa128>.
- Zhou, F., et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *The Lancet*. [http://doi:10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3)
- Zucker, H., et al. (2015). Ventilator allocation guidelines. Albany: New York State Department of Health Task Force on Li

Envie d'aller plus loin ? Voici quelques suggestions de lectures

- ▶ Médecins Sans Frontières, « Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19. Partage d'expérience sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique. », Juillet 2020, https://www.msf-azg.be/sites/default/files/imce/Rapport_MaisonsDeRepos/MSF_lessons%20learned%20report_FR_FINAL.pdf
- ▶ Amnesty.BE à propos des droits des personnes âgées « Les Maisons de repos dans l'angle mort de la Covid-19 », novembre 2020, LES DROITS HUMAINS DES PERSONNES ÂGÉES PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN BELGIQUE
- ▶ Unia, « Les personnes handicapées et les personnes âgées ont le droit d'être soignées », 10 avril 2020, <https://www.unia.be/fr/articles/les-personnes-handicapees-et-les-personnes-agees-ont-le-droit-detre-soignee>
- ▶ ENEO, « Isolement et confinement des résidents plus jamais comme ça », août 2020, https://www.eneo.be/images/analyses/2020/202008_Isolement_et_confinement_des_r%C3%A9sidents.pdf
- ▶ Fédération des CPAS, « Les Maisons de repos doivent-elles disparaître ? La désinstitutionnalisation des aînés est-elle souhaitable ? », Juillet 2020, https://www.uvcw.be/no_index/files/2944-fed.cpas-uvcw-bxl-etude-desinstitutionnalisation-072020.pdf
- ▶ Katty Langelez-Stevens et Véronique Pipers, « Nos aînés sacrifiés », (dans)Moustique, <https://www.moustique.be/27300/nos-aines-sacrifies>
- ▶ RTBF Auvio, « Covid-19 : nos aînés abandonnés », émission Investigation du 21/10/20 https://www.rtbf.be/auvio/detail_investigation?id=2694479

Les FEC Seniors : un mouvement d'ainé·e·s dynamiques, portes-voix de tou·te·s les seniors !



Gaëlle DEMEZ, responsable nationale des FEC Seniors

Arrivé·e au bout de votre lecture, j'espère que vous aurez appris beaucoup de choses et surtout, que les expertises qui ont été développées dans cette brochure « Le chemin de notre santé » nourriront votre réflexion et vos échanges... pour nous permettre ensuite de passer à l'action collective !

Cette année 2020 aura attisé les oppositions et les tensions entre nous : pour ou contre le masque ? Pour ou contre les applaudissements des soignant·e·s ? Pour ou contre les réunions par visioconférence ? Pour ou contre un (re)confinement strict ? Pour ou contre Noël en famille ? Pour ou contre le vaccin ?

Chacun·e à ses bonnes raisons d'être pour ou contre. Chacun·e vit ces périodes de confinement de manière très différente, et pourtant, nous vivons en même temps une expérience collective marquante. Comme il y a eu un avant et après 11 septembre 2001, comme il y a eu un avant et un après attentat de Charly Hebdo, il y aura un avant et un après Covid-19.

Parallèlement au coronavirus, les défis qui sont devant nous sont multiples. La sociologue et philosophe Dominique Méda le disait dans son interview pour les Grenades au cœur du premier confinement : Cette crise que nous traversons est atroce et va mettre notre économie dans une situation épouvantable. Dans la crise

« Voir-Juger-Agir », leitmotiv de l'Éducation permanente.

écologique, ce que nous risquons avec les cyclones et les tempêtes, les sécheresses, les pénuries, c'est que nos fondements et nos capacités de production soient attaqués. La crise que nous vivons en ce moment, c'est un coup de semonce qui nous montre que nous devons exclusivement nous préparer pour éviter la crise écolo-

gique. Nous devons penser à une reconstruction complète de notre économie sur d'autres bases. Il faudra que l'on ait de nouveaux modes de consommation beaucoup plus sobres. Il va falloir assurer les fonctions essentielles d'une société en étant autosuffisants¹

Les fonctions essentielles, c'est notamment celles qui permettent de prévenir, d'entretenir et de prendre soin de notre santé et de notre planète. Nous opposer les un·e·s les autres ne nous permettra pas de vaincre cette crise de manière juste... ni de préparer les suivantes en gardant tout le monde dans le même bateau. Or, c'est la raison même de notre mouvement social :

- ✓ s'écouter les un·e·s les autres pour comprendre mieux les réalités de chacun·e. Comprendre les analyses des expert·e·s qui nous permettent de prendre un pas de recul face à nos réalités individuelles et collectives : **VOIR**
- ✓ décider collectivement ce que nous pensons de ces réalités, si nous les acceptons, voulons les nuancer ou les combattre : **JUGER**
- ✓ passer à l'action pour changer des situations qui nous semble injuste, qui laissent les plus faibles de côté pour interpeler les dirigeant·e·s et changer les choses : **AGIR**

Le « voir-juger-agir », leitmotiv de l'Éducation permanente, c'est ce que nous espérons avoir réussi à insuffler dans ce numéro spécial de notre Université de Printemps.

Je me permets de vous souhaiter, au nom de tou·te·s les FEC seniors, une année 2021 remplie de bienveillance qui nous permettent de (re)tisser sans cesse de nouvelles solidarités.

¹ Dominique Méda interviewée par Safia Kessas, «Les métiers ultra féminins, ultra mal payés nous permettent de continuer à vivre», (dans) Les Grenades, RTBF, 17/04/20, https://www.rtb.be/info/dossier/les-grenades/detail_dominique-meda-les-metiers-ultra-feminins-ultra-mal-payes-nous-permettent-de-continuer-a-vivre?id=10483389