QUALIDOM asbl

Les soins et services d'aide à domicile dans les six communes du sud de l'arrondissement de Verviers :

État des lieux et regard vers l'avenir.

2011-2012

«Quelle est l'adéquation entre l'offre, la demande et les besoins en matière d'aide et de soins à domicile dans les communes de Waimes, Malmedy, Stavelot, Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux ?»

Travail réalisé par Florence Drion, sociologue et Claire Bémelmans, coordinatrice du SISDEF.

QUALIDOM asbl, place de Rome 19, 4960 MALMEDY

Remerciements

Cet état des lieux a été initié et soutenu par l'asbl « Qualidom ».

Tout d'abord, nous tenions à remercier le comité de pilotage de « Qualidom », composé des Docteurs Dutilleux, Noël et Gody, et de Mesdames Valérie Kupper, Marie-Charlotte Six, Véronique Mathonet, Agnès Remacle, Vandemoortele pour nous avoir consacré leur temps, partagé leurs avis, donné leur vision du travail et prodigué leurs conseils.

Nous remercions également Monsieur Jean Van der Vennet pour son apport, son éclairage et ses conseils, notamment dans la mise en place du cadre et de la démarche méthodologique de ce travail.

Enfin, nos remerciements vont aux différents professionnels et bénéficiaires interviewés. Ces rencontres ont été pour nous l'essence de cet état des lieux, riches en expériences et motivés par l'envie du mieux.

Table des matières

Partie 1 : Cadre de la recherche..... 6

1.1. Question de départ et ses concepts de base 6

1.2. Hypothèses..... 8

1.3. Objectifs..... 9

1.4. Démarche et choix méthodologique..... 9

1.5. Traitement et analyse des données 10

1.6. Limites 11

Partie 2 : Profil et situation des bénéficiaires 12

2.1. Les profils des bénéficiaires..... 12

2.1.1. Les bénéficiaires de soins infirmiers. 14

2.1.2. Les bénéficiaires des services d'aide familiale..... 14

2.1.3. Les bénéficiaires de repas chauds à domicile. 15

2.2. La démographie..... 17

2.2.1. En Belgique et en Région Wallonne...... 17

2.2.2. Au niveau communal 19

2.2.3. Généralités statistiques sur les six communes 32

2.3. Spécificité des 6 communes : la ruralité..... 33

2.3.1. La mobilité 34

2.3.2. Le logement 35

2.3.3. Les équipements et services 36

2.3.4. Le réseau informel : solidarité versus solitude 38

2.4. Perception de la santé..... 40

Partie 3 : Etat des lieux de l'offre en soins et services à domicile...... 43

3.1. Quelques aspects méthodologiques 43

3.1.1. Liste de l'offre et des acteurs potentiels..... 43

3.1.2. Entretiens individuels et traitement des données 44

3.1.3. Guide de lecture 44

3.2. Etat des lieux de l'offre 45

3.2.1. Offre médicale et paramédicale. 45

3.2.2. Offre liée aux activités quotidiennes 69

3.2.3. Offre liée à la surveillance/la sécurité 88

3.2.4. Offre liée à l'aide financière, administrative, sociale et d'information. 98

3.2.5. Offre liée à la coordination 101

3.2.6. Offre institutionnelle, d'accueil hors domicile. 105

3.2.7. Offre gérée par différents niveaux de pouvoirs 116

Partie 4 : L'articulation entre les demandes, les besoins et les offres sur les six communes du sud de l'arrondissement de Verviers. 117

Conclusion 122

Abréviations 124

Bibliographie 125

Introduction

Un peu d'histoire…

Le secteur des soins et services à domicile est en perpétuel mouvement. Depuis janvier 2010, suite à l'application du décret de la Région Wallonne, l'asbl « Sacodo », active dans la coordination des soins et services d'aides à domicile sur les communes de Malmedy, Trois-Ponts, Stavelot, Stoumont, Waimes et Lierneux, a confié son activité de coordination à l'asbl ASD.

Forts de leur expérience dans le secteur, et motivés par la volonté d'améliorer sans cesse la qualité des soins et des services proposés à la population, les membres de « Sacodo » ont décidé le maintien de leur asbl en réorientant son activité.

Sa nouvelle dénomination est « Qualidom ». Cette asbl se veut désormais être un observatoire des soins et services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, suite à leur état de santé.

…Pour préparer les années à venir

Le domaine des soins de santé est vaste. Les services d'aide et de soins à domicile se multiplient, tentant de répondre aux besoins de la population. De multiples facteurs font craindre le pire pour l'avenir des soins de santé : le vieillissement de la population, la saturation des maisons de repos, la réduction des durées d'hospitalisation, la pénurie de prestataires et l'apparition de situations de plus en plus complexes au domicile ont poussé les membres fondateurs de l'asbl « Qualidom » à mener une réflexion approfondie autour de ces questions.

Afin de mener des actions concrètes et réfléchies dans son souhait d'améliorer la qualité des interventions auprès des bénéficiaires, l'asbl « Qualidom » s'est dotée d'une première mission : réaliser l'état des lieux de la situation de la région, le sud de l'arrondissement de Verviers.

Ce travail se veut également un regard vers l'avenir, prospection de la manière de soigner de demain, basée sur la vision et la perception du métier de chaque prestataire consulté, mais également sur leurs attentes et leurs espoirs pour continuer à donner du sens à leur travail de chaque jour. Au cœur de nos préoccupations, les demandes et les besoins des bénéficiaires, chers aux soignants et aidants qui les accompagnent au quotidien.

Un premier pas effectué pour l'asbl « Qualidom », pour se préparer à l'avenir, comprendre les problèmes rencontrés et les affronter, avec tous les prestataires d'aide et de soins des communes concernées…

« Soyez vous-même le changement que vous voudriez voir dans le monde »

Mahatma Ghandi

Partie 1 : Cadre de la recherche

Pour commencer, nous allons décrire la démarche méthodologique empruntée. En effet, pour pouvoir approcher au mieux la problématique, il était important de poser le cadre, de définir les notions utilisées. Cette première partie est donc la trame de notre travail et permet d'appréhender notre démarche et la rédaction de celui-ci.

1.1. Question de départ et ses concepts de base[1]

Notre question de départ était : **« Quelle est l'adéquation entre l'offre, la demande et le besoin en services d'aide et de soins à domicile sur le territoire des six communes du sud de l'arrondissement de Verviers (Waimes, Malmedy, Stavelot, Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux) ? »**

L'offre est l'ensemble des prestataires de soins et de services à domicile. Elle regroupe les médecins généralistes, services d'aides familiales et de gardes à domicile, les infirmiers, les services de biotélévigilance, les kinésithérapeutes, les services de matériel à domicile, les services d'aides-ménagères, les repas à domicile, les services sociaux tels que le CPAS,…

La demande correspond à l'expression d'un souhait/désir de personnes par rapport à l'utilisation d'un service. Celles-ci peuvent se nommer patients, bénéficiaires, usagers,… Nous les avons définies comme « des personnes connaissant une altération de leur état de santé et un état de dépendance par rapport à des soins et services, et ce de manière durable ». Nous n'avons donc pas orienté la demande en fonction du critère de l'âge mais plutôt en fonction de l'état de santé général.

Le besoin[2] se « définit par rapport à une référence, une norme. La notion de besoin de santé exprime l'écart entre la situation actuelle (état de santé actuel) et la situation désirée (état de santé attendu). Le besoin représente ce qui est requis pour remédier au problème identifié. Ce concept est inséparable des concepts de la demande et de l'offre ».

Cette conception du besoin le rend donc très large et peut-être d'autant plus difficilement « approchable ». On se rend aussi compte que les réponses à apporter au besoin sont diversifiées : bien sûr d'ordre médical, mais aussi social, environnemental,…

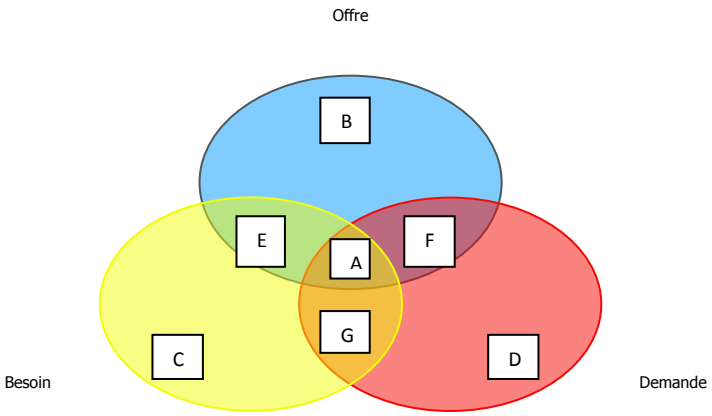
Lors de cette recherche, nous tentons de mettre en avant les besoins réels de la population en soins et services à domicile. Nous pouvons donc préciser la notion de besoin comme suit :

- Les besoins *diagnostiqués* par un professionnel de santé.
- Les besoins *ressentis* par la population, qui sont le reflet de la santé telle qu'elle est perçue par les individus.
- Les besoins *exprimés*, en lien étroit avec la notion de demande.
- Les besoins satisfaits, en lien étroit avec la notion d'offre.

[1] Piette D., Fiche technique : Besoins, demandes et offres de santé en Santé Publique, http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/fiches/tech2.html, 1998.
[2] Vanni Della Guistina, Du besoin au désir, publié dans Santé Conjuguée N°31, janvier 2005.

Le besoin est donc une manière de percevoir un état de santé à un moment précis. Il est donc subjectif, ajustable et en lien avec son environnement direct.

Ces trois concepts sont en relation constante et peuvent donc s'entremêler (cfr le schéma ci-dessous) :



La question centrale repose donc sur les interactions entre ces différents concepts. Chaque interaction doit donc être analysée seule mais aussi en lien étroit les unes avec les autres car il existe des mouvances entre elles.

A : Zone d'adéquation entre le besoin, la demande et l'offre ; situation idéale où tant la demande, l'offre et le besoin sont rencontrés. (Un prestataire offre un soin/service pour lequel il y a une demande et correspondant à un besoin).

B : Offre non pertinente ; situation difficile où un service est offert à une population mais sans qu'il ne corresponde ni à un besoin ni à une demande.

C : Besoin ressenti et/ou diagnostiqué ; situation où un besoin serait identifié mais ne rencontre ni une offre de soins ou de services, ni une demande de la population.

D : Demande non satisfaite ; situation où une demande émane de la population mais ne correspond à aucune offre ni à aucun besoin.

E : Offre non utilisée; situation où il n'y a pas de demande (pas de besoin exprimé) alors qu'un besoin a été défini (ressenti et/ou diagnostiqué) et une offre mise en place.

F : Demande satisfaite ne correspondant pas à un besoin; situation où il existe une demande et une offre mais ne répondant plus/pas à un besoin.

G : Besoin ressenti et exprimé mais non satisfait ; situation où le besoin et la demande sont identifiés mais pour lesquels il n'y a pas de réponse en termes d'offre.

Pour répondre à notre questionnement de départ, nous devons pouvoir répondre à certaines autres questions :

- Quelle est l'offre actuelle en soins et service à domicile (en 1ère ligne mais aussi en lien avec la seconde ligne) ? Quels sont leurs moyens ? Comment fonctionne-t-elle ? Est-elle limitée, et comment ?
- Quel est le ressenti des professionnels ?
- Comment va évoluer cette offre ? Quelle est l'évolution perceptible de cette offre ? Comment les professionnels se situent ? Quelles sont leurs craintes, leur sentiment aujourd'hui et pour demain ?
- Quelles sont les demandes de la population ? Sont-elles légitimes ? Insatisfaites ? Inutiles ? Selon quels moyens, sont-elles identifiées ?
- Quels sont les besoins de la population en soins et services à domicile ? Sont-ils cohérents avec l'offre de soins et d'aides proposés ?

1.2. Hypothèses

A l'heure actuelle, les services d'aides et de soins à domicile se trouvent confrontés à un « tournant » dans leur fonctionnement, leur prise en charge et dans leur expérience de travail.

En effet, dans la région, les différents prestataires travaillent en réseau, s'appuyant sur les compétences, les pratiques des uns et des autres. Ce mode de fonctionnement a fait ses preuves durant des années.

Malgré ce fonctionnement efficace, depuis peu, différents prestataires, services d'aides et soins à domicile mettent en avant leur saturation devant les nouvelles demandes et/ou les nouveaux besoins de santé de la population, se trouvant confrontés à des « situations nouvelles à domicile »,… Devant cette situation et pour répondre aux différents besoins des professionnels mais aussi des bénéficiaires, des nouvelles offres de services, de prestations devraient pouvoir se mettre en place.

Notre hypothèse est donc que l'offre de services d'aides et soins à domicile répondrait effectivement à la demande (situations habituelles). Cependant, cette offre serait mise en péril (pénurie de professionnels, surcharge de travail,…) par le nombre croissant de demandes mais aussi par leur nature (évolution des démences, limites dans leur possibilité d'intervention,…). Les professionnels (composant l'offre) tout comme les bénéficiaires (composant la demande) se trouveraient donc en difficulté face aux « nouveaux besoins », au fonctionnement actuel des services, des institutions (sorties d'hospitalisation plus rapides, disponibilité réduite des places en maison de repos,…). Ces besoins ne seraient pas toujours en adéquation avec l'offre et la demande.

1.3. Objectifs

- Identifier les offres de services d'aides et de soins à domicile sur le territoire précité pour obtenir un état de lieux actuel mais aussi prospectif.
- Identifier les demandes et besoins d'aides et des soins à domicile sur le territoire précité.
- Mettre en corrélation les offres, demandes et besoins de services d'aides et des soins à domicile : faire apparaître des fonctionnements positifs, des manquements, des nouvelles perspectives, des besoins non-couverts…

1.4. Démarche et choix méthodologique

Cette recherche se veut descriptive et prospective. Le but est d'obtenir un état de lieux de l'offre, la demande et le besoin des soins et services à domicile et comme le souligne la question de départ, de l'adéquation entre ces concepts. Elle devrait aussi mettre en avant les perspectives à venir liées aux services d'aides et de soins à domicile et leurs bénéficiaires.

Pour ce faire, nous avons mis l'accent sur deux groupes cibles essentiels à interroger:

- les professionnels de l'aide et soins à domicile
- les bénéficiaires de ceux-ci.

Pour l'un et l'autre, cette approche se veut essentiellement qualitative (via des entretiens basés sur le quotidien, le vécu, l'expérience de chacun, le devenir,….). Nous étayerons bien sûr cette vision avec des données statistiques et quantitatives, en lien avec la problématique, recueillies au travers de différentes lectures réalisées.

Concrètement, notre démarche a été la suivante :

1. En se basant sur nos connaissances de terrain, nous avons répertorié les différents professionnels/services qui « offrent » des prestations à domicile sur le territoire donné. Une classification de ceux-ci a été réalisée en fonction de l'offre de services existante. Une attention particulière ainsi qu'une certaine souplesse a dû être de mise lors de la réalisation de cet état des lieux afin de se laisser la possibilité d'ouvrir ce listing et donc la rencontre avec certains professionnels en fonction de la pertinence retenue. Nous savons que ce répertoire n'est pas exhaustif, de par l'étendue des différents professionnels se rendant au domicile (exemples : coiffeurs, pédicures,…).

2. En fonction de cette classification via notre répertoire d'offre, une information a été réalisée pour sensibiliser à notre démarche et/ou obtenir les accords nécessaires pour interroger les différents professionnels concernés et ainsi obtenir certaines informations (mode de fonctionnement, charge de travail, demandes,…). Cette démarche a été effectuée via mail, par courrier postal et par téléphone. Les différentes professionnels/services ont également reçu une lettre explicative.

3. Nous avons ensuite animé des « entretiens collectifs » regroupant des professionnels. Ces groupes étaient homogènes par la profession des personnes rencontrées. Au total, nous avons animé 9 entretiens collectifs. Ceci nous a permis de recueillir des informations utiles auprès des professionnels de terrain et d'obtenir un premier aperçu de leur expérience, de leur avis sur les besoins de la population mais aussi sur l'existence ou non de ressources pour la 1ère ligne de soins et services à domicile.
   Ils nous ont également permis de construire et d'affiner notre guide d'entretien par les thématiques soulevées et leur vision de l'adéquation de l'offre, de la demande et du besoin en soins et services à domicile. En parallèle à ces entretiens collectifs, nous avons réalisé 3 entretiens exploratoires individuels auprès des professionnels.

4. Après avoir construit et testé notre guide, nous nous sommes lancées dans les entretiens individuels semi-directifs avec les différents professionnels. Nous avons particulièrement veillé à rencontrer des acteurs représentant les différents métiers/différents services compétents sur les différentes communes de la zone. Nous avons, au total, réalisé 43 entretiens individuels.

5. Après avoir recueilli les informations utiles, une rencontre avec les bénéficiaires et leur entourage a été envisagée. Une des difficultés a été de les atteindre. De plus, notre souci a été de rencontrer différents « profils » » (par exemple, ceux qui refusent, n'ont pas/peu d'aide, présentant différents problèmes de santé, ….). Nous avons, donc au total, réalisé 8 entretiens avec des bénéficiaires.

En vue de la réalisation de ce travail, nous avons donc posé le choix méthodologique de nous baser sur des entretiens qualitatifs via la rencontre de professionnels et de bénéficiaires. Notre souci permanent a été de valoriser leurs expériences et leurs témoignages en respectant leur anonymat. Ces derniers ne sont pas exhaustifs ; ils sont plutôt l'expression d'un vécu à un moment donné. De plus, ils constituent des repères permettant d'appréhender au mieux le secteur des soins et des aides à domicile.

1.5. Traitement et analyse des données

Nous avons procédé à une analyse thématique des témoignages récoltés. Nous avons donc regroupé, dans une grille d'analyse, sous chacun des thèmes abordés lors des entretiens, les différentes expressions des professionnels et bénéficiaires rencontrés. Au travers de cette grille d'analyse, nous avons donc mis en évidence les enjeux spécifiques, les fonctionnements positifs, les difficultés, les besoins,… du secteur des soins et aides à domicile.

Tout au long du travail, mais peut-être plus spécifiquement dans la troisième partie, nous mentionnerons ces témoignages sous l'appellation « échos du terrain ». Ils sont la retranscription précise des propos recueillis.

1.6. Limites

Les moyens en temps et en personnel sont une limite incontestable. Ils ont conditionné le travail accompli. En effet, nous aurions aimé explorer davantage des données quantitatives (via, par exemple, l'envoi d'un questionnaire) pour appréhender d'une autre manière les demandes dans le secteur, la charge de travail, … Cette démarche supplémentaire aurait permis d'objectiver certaines problématiques mises en avant lors des entretiens qualitatifs. Elle pourrait constituer une poursuite, un second volet du travail réalisé. Aujourd'hui, nous allons nous appuyer sur des données existantes, recueillies auprès d'organismes compétents (tels que l'INAMI, l'IWEPS,…). Notre regret est que ces données sont collectées sur des territoires plus vastes (souvent à l'échelle de la région wallonne) que l'ensemble de nos six communes. Cependant, elles donnent déjà un bel aperçu de la situation.

Nos positions professionnelles (coordinatrice d'ASD-Sacodo et coordinatrice du SISDEF) sont des atouts liés à notre connaissance du terrain. En même temps, elles peuvent être un frein, une limite dans la redécouverte du terrain et de ses acteurs et dans ou avec certains contacts.

L'étendue de la recherche peut également être une de ses limites… En effet, à vouloir investiguer, rechercher trop, le risque est de s'y perdre et de ne plus amener d'informations pertinentes !

Partie 2 : Profil et situation des bénéficiaires

Au travers de cette seconde partie, nous allons tenter de dresser le profil des personnes demandeuses d'aides et de soins à domicile, réaliser une vue démographique de nos six communes, mettre en avant les spécificités de notre région rurale ainsi qu'appréhender la perception de la santé en lien étroit avec les demandes et besoins d'aides et de soins à domicile.

Nous avons tenu compte des différents témoignages reçus (tant des professionnels que des bénéficiaires) mais nous sommes principalement basées sur les lectures réalisées. Les statistiques et données quantitatives sont issues de celles-ci.

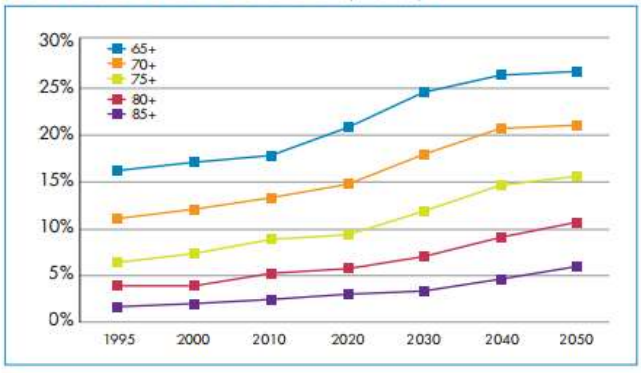
2.1. Les profils des bénéficiaires

Une chose semble certaine pour l'ensemble des professionnels rencontrés : les demandes d'aides et de soins à domicile ne cessent d'augmenter et deviennent, selon eux, de plus en plus complexes.

Lors des entretiens, les prestataires d'aide et de soins interviewés ont relevé une évolution du profil des bénéficiaires. Auparavant, le profil des bénéficiaires était quasi exclusivement des personnes âgées dépendantes alors qu'à l'heure actuelle, les professionnels nous évoquent des situations différentes. Pour l'ensemble des professionnels du domicile, une des « nouvelles » difficultés réside dans la variété des profils rencontrés et donc dans la multiplication des problématiques auxquelles ils doivent faire face.

La majorité des personnes aidées reste néanmoins des personnes âgées. Une évolution est à signaler quant à l'âge de celles-ci. En effet, s'il y quelques décennies, la définition de la personne âgée se faisait à partir de 65 ans, aujourd'hui, cet âge ne définit plus réellement « la personne âgée ». L'espérance de vie actuelle (environ 80 ans - 83 ans pour les femmes et 78 ans pour les hommes[3]), les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions de vie et la perception de la santé tendent à définir l'âge des personnes âgées de manière plus tardive. Dans les catégorisations de tranches d'âge, on parle désormais d'un « quatrième âge ». La personne âgée demandeuse d'aides et de soins à domicile est donc de plus en plus âgée. On assiste donc à un vieillissement dans le vieillissement.

FIGURE 2.4 : PROPORTION DE SENIORS DANS LA POPULATION TOTALE (1995-2050)



SOURCE : PACOLET, J. ET AL. (2004)

[3] Données de l'OCDE - Organisation de coopération et de développement économiques.

En lien avec ce vieillissement, les professionnels mentionnent donc une multitude de pathologies et de difficultés supplémentaires et notamment une augmentation de personnes âgées présentant des démences (Alzheimer, Parkinson,…).

De plus, pour l'ensemble des professionnels, une évolution marquée des demandes concerne également les personnes présentant des troubles psychiatriques, des difficultés psycho-sociales, familiales et/ou économiques.

Pour information, voici un tableau reprenant les profils des bénéficiaires :

Profil des bénéficiaires des services d'aide aux familles et aux personnes âgées - 2009- en % :	
Personnes âgées de 60 à 69 ans :	10,64%
Personnes âgées de 70 à 79 ans :	22,91%
Personnes âgées de 80 à 89 ans :	32,62%
Personnes âgées de 90 ans et + :	5,59%
Familles avec enfants :	7,59%
Adultes cohabitant :	2,68%
Isolés :	9,42%
Autres :	8,56%
(Source : SPW, DGASS, Direction de la Famille)	

Différents facteurs influencent donc le recours aux services d'aides et de soins à domicile. « C'est ainsi que les probabilités de recourir aux soins et services à domicile sont plus élevées pour les femmes, les personnes âgées, les personnes plus pauvres, les personnes plus isolées (celles qui résident seules, qui n'ont pas d'enfants ou de petits-enfants), les personnes dont le réseau social se compose essentiellement d'amis et de voisins, les personnes ayant peu ou pas d'accès à une aide informelle, les personnes souffrant de problèmes émotionnels, les personnes souffrant d'une moins bonne santé, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes récemment hospitalisées et les personnes confrontées à une nouvelle limitation »[4].

Pour quantifier nos propos, en nous basant sur le rapport de « l'Enquête de Santé 2008 par Interview» de l'institut scientifique de la santé publique et « Le vieillissement, aide et soins de santé en Belgique » de la direction générale politique sociale (mars 2005), nous allons nous pencher sur les bénéficiaires de quelques services d'aide et de soins à domicile, et plus spécifiquement les infirmiers à domicile, les aides familiales et les services de repas chauds. Notre but n'est pas de réaliser une analyse quantitative des soins et services à domicile mais plutôt de déterminer une tendance, perçue par les professionnels.

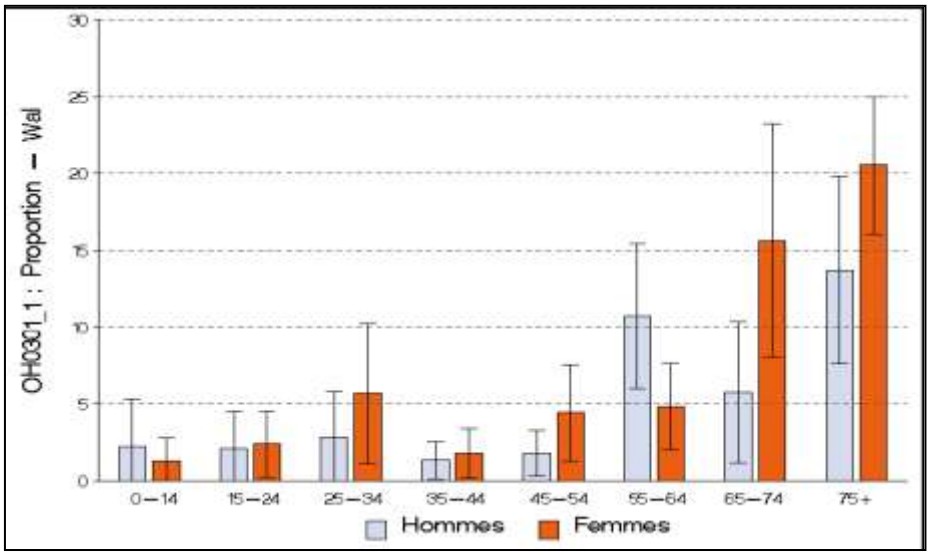
[4] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (rédaction), Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles, Bruxelles, 2007, Commission Communautaire Commune.

2.1.1. Les bénéficiaires de soins infirmiers.

Une augmentation des soins infirmiers à domicile est à prévoir entre 2000 et 2020 : de + 29 % à + 40 %, selon que l'on prenne en compte ou non une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité.

De manière générale, on peut dire que 5% de la population belge a eu recours aux soins d'une infirmière à domicile. Les femmes font plus souvent (6,6%) appel à une infirmière que les hommes (3,5%). Les personnes âgées sont les plus grandes utilisatrices de ce type de service : une personne sur 10 entre 65 et 74 ans et une personne sur 5 à partir de 75 ans.

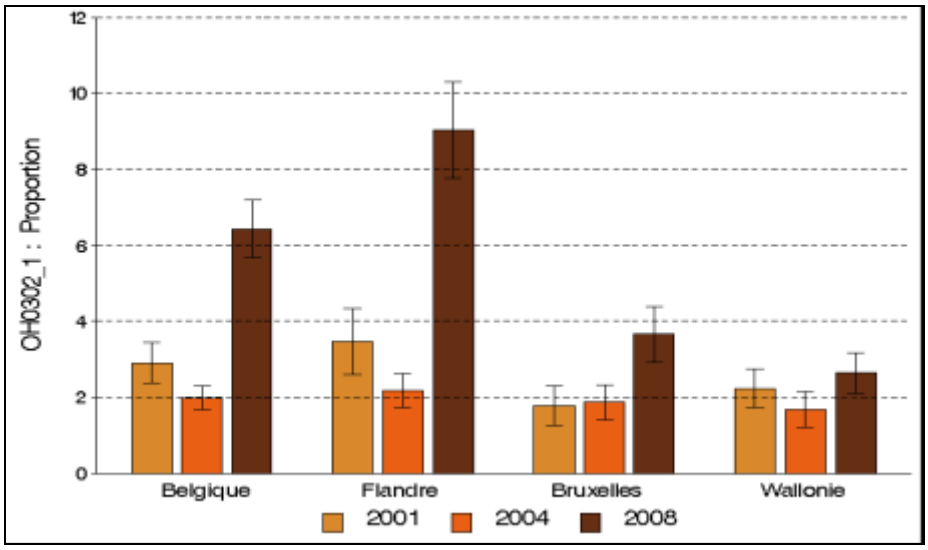
En Wallonie, 5% de la population fait appel à une infirmière ou sage-femme à domicile. Sur le tableau, on remarque que les critères d'âge et de sexe en cette matière suivent les mêmes fluctuations que celles qui ont été décrites pour la Belgique dans son ensemble : les femmes âgées 75ans et plus représentent plus de 20% de la population soignée par les infirmières à domicile.



Pourcentage de la population qui a fait usage d'un service de soins à domicile (infirmière ou sage-femme) au cours des douze derniers mois, Enquête de santé, Belgique, 2008, Région wallonne.

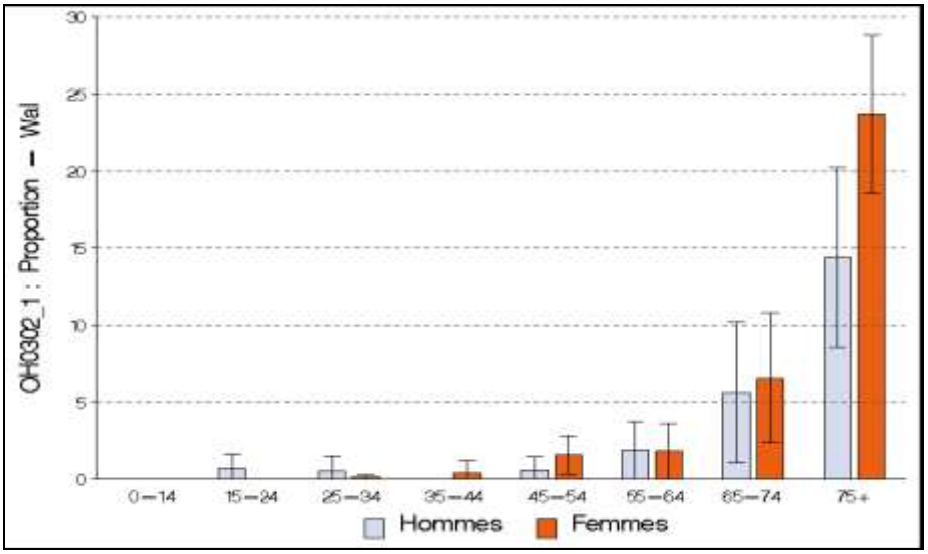
2.1.2. Les bénéficiaires des services d'aide familiale

Le recours à un service d'aide familiale ou senior à domicile est passé de 3% en 2001 à 2% en 2004 puis à 6% en 2008 (cfr tableau ci-dessous)
Une même tendance s'observe en Flandre avec d'abord une baisse de 3,5% à 2,2% de 2001 à 2004 puis une augmentation à 9,0% en 2008. En Wallonie, on passe de 2,2% en 2001 à 2,6% en 2008 et à Bruxelles, de 1,8% en 2001 à 3,6% en 2008.



Pourcentage de la population qui a fait usage d'un service d'aide familiale ou senior à domicile au cours des douze derniers mois, par région et par année, Enquête de santé, Belgique, 2008.

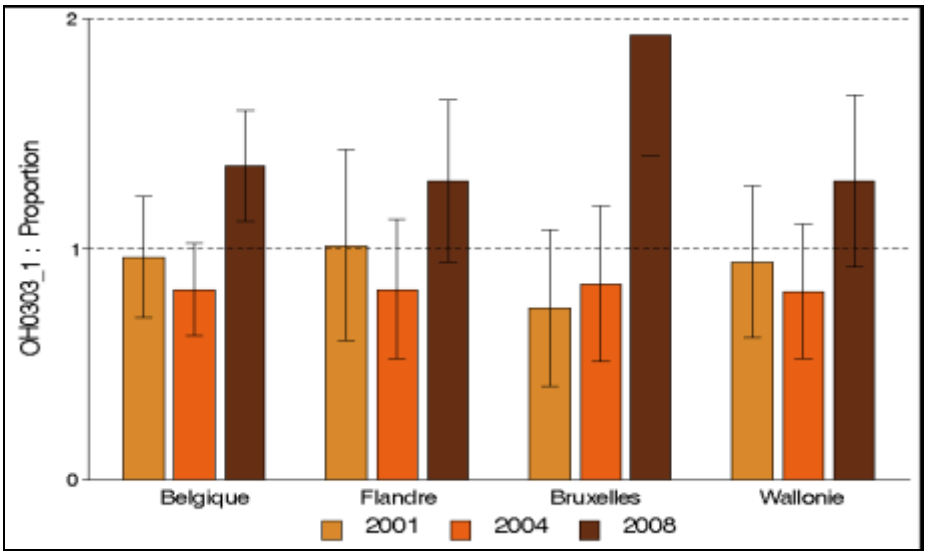
Sur le tableau, on voit qu'en Wallonie, les femmes (8% contre 4% des hommes) ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus ont davantage recours aux services d'aides familiales.



Pourcentage de la population qui a fait usage d'un service d'aide familiale ou senior à domicile au cours des douze derniers mois, Enquête de santé, Belgique, 2008, Région wallonne.

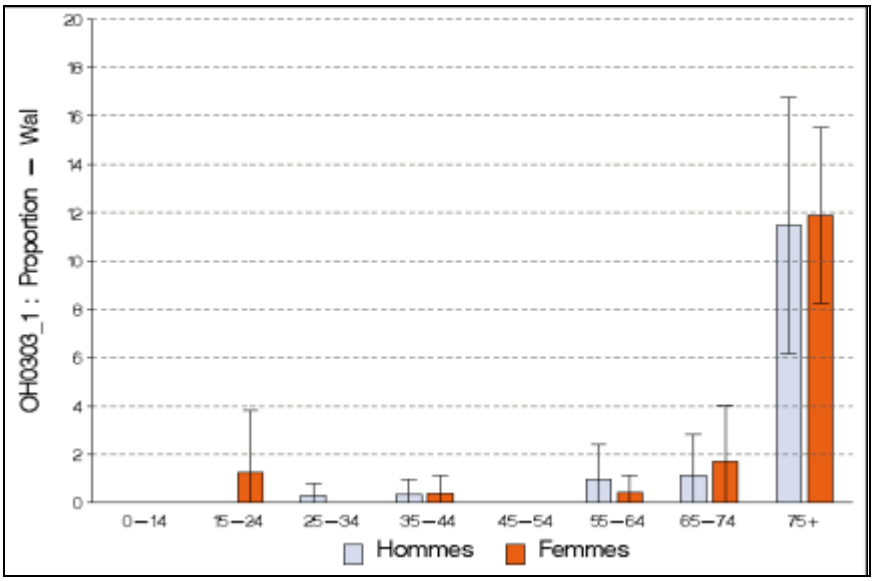
2.1.3. Les bénéficiaires de repas chauds à domicile.

En Belgique, le service de repas chauds à domicile a été utilisé par un 1.4% de la population, principalement par des personnes âgées (11% pour le repas chaud des 75 ans et plus).
Le recours à un service de repas chauds à domicile est passé de 1% de la population en 2001 à 0,8% en 2004 puis 1,4% en 2008. (cfr tableau ci-dessous)



Pourcentage de la population qui a fait appel à un service de repas chauds à domicile au cours des douze derniers mois, par région et par année, Enquête de santé, Belgique, 2008.

En Wallonie, 1,3% de la population a eu recours à un service de repas chauds à domicile. On remarque que l'indicateur du sexe est moins variable ; peu de différence entre les hommes et les femmes. Par contre, on remarque des variations importantes en fonction l'âge. L'utilisation de tels services est importante pour la tranche d'âge des 75ans et plus. (cfr tableau ci-dessous)



Pourcentage de la population qui a fait appel à un service de repas chauds à domicile au cours des douze derniers mois, par sexe et par âge, Enquête de santé, Belgique, 2008, Région wallonne.

Le sentiment relaté par les professionnels de notre région semble donc identique aux données collectées en Wallonie mais aussi sur l'ensemble du territoire belge. En effet, les demandes adressées aux secteurs des services d'aides et de soins à domicile sont de manière générale en augmentation dans tous les domaines. Ces demandes restent pour la plupart faites par la population âgée (part importante des 75 ans et plus) et en majorité par des femmes âgées.

Le vieillissement de la population semble donc un facteur incontournable pour le secteur des aides et soins à domicile. De manière générale, on assiste donc à une multiplication et une complexification des demandes.

2.2. La démographie

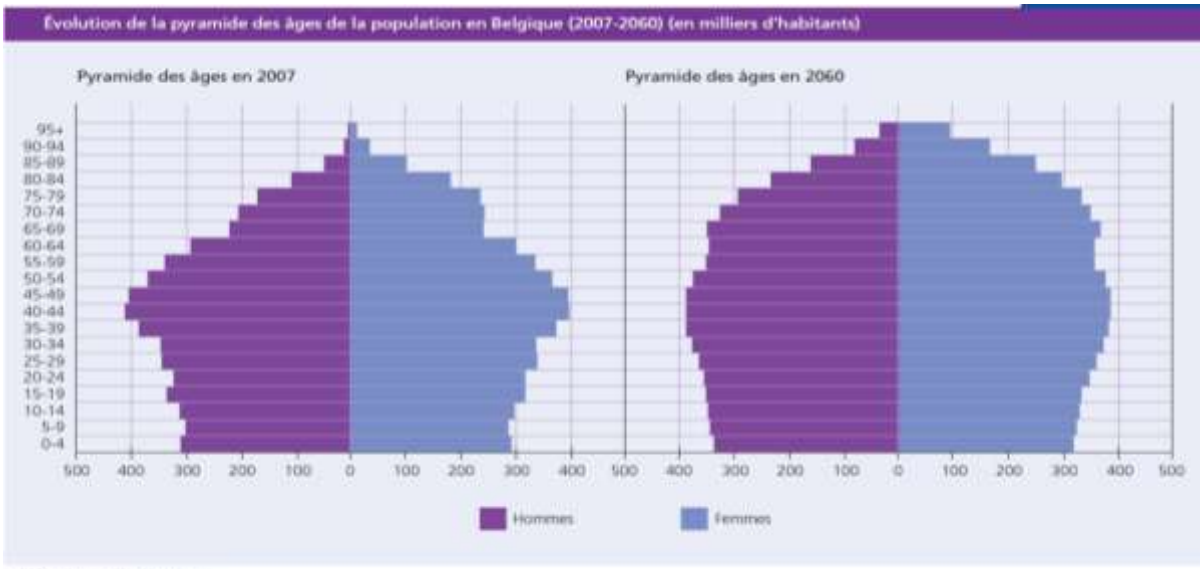
Selon le département de l'information de l'O.N.U. ; « Au cours des années de 1950 à 2025, la population mondiale de personnes âgées (c'est-à-dire à partir de 60 ans) passera de 200 millions à 1,2 milliard soit de 8 à 14% de la population totale du monde.
Durant la même période, le nombre de 'vieillards' (c'est-à-dire personne de 80 ans et plus) passera de 13 à 137 millions. Bref, entre 1950 et 2025, la population mondiale aura approximativement triplé, le nombre des personnes âgées aura sextuplé et celui des vieillards aura décuplé. »

Le vieillissement de la population est une tendance actuelle reconnue par l'ensemble des études menées à ce sujet. En ce qui concerne le secteur des aides et soins à domicile, il est un des facteurs incontestables de l'augmentation des demandes perçues par les différents professionnels. Cette tendance tend encore à évoluer les années à venir…

2.2.1. En Belgique et en Région Wallonne.

En s'appuyant sur l'étude « *Finances locales, évolution démographique : tendances récentes et perspectives / avril 2010* », différentes projections à longue échéance (2007-2060) ont été réalisées pour la Belgique et ses régions.

De manière générale, la population de la Belgique est appelée à augmenter de 10.839.855 personnes enregistrées au 1er janvier 2010 à 13.515.000 en 2060, soit une hausse de 25%.
Si on analyse ces données par tranche d'âge et que l'on compare la pyramide des âges de 2007 et celle projetée de 2060, on obtient une modification dans la structure de la pyramide des âges à la suite du vieillissement de la population. (cfr tableau ci-dessous)



Source : Bureau fédéral du Plan

« La proportion de jeunes de 0 à 14 ans devrait rester stable tout au long de la période prospective. La part relative des 15 à 39 ans et des 40 à 64 ans devrait diminuer de 32,2 % et 33,7 % à 28,7 % et 29,3 % respectivement. En nombre d'unités, on assisterait à une stabilisation autour de 3,6 millions pour les 15-39 ans et de 3,7 millions pour les 40-64 ans. Le nombre de personnes de 65 à 79 ans augmenterait à 2 millions en 2060, soit une hausse de 53,2 %. En 2060, les plus de 80 ans représenteraient plus de 10 % de la population, contre 4,6 % actuellement. »

Dans une approche plus régionale, en 2060, la Wallonie compterait 25.9% de personnes ayant 65 ans et plus ; avec 15.9% des personnes ayant entre 65 et 79 ans et 10% des personnes ayant 80ans et plus.

Évolution de la structure par âge (2007-2060) par région (en % de la population)

	Flandre		Wallonie		Bruxelles	
	2007	2060	2007	2060	2007	2060
Moins de 15 ans	16,2	15,0	17,8	16,1	18,6	18,5
15-64 ans	65,9	57,2	65,7	58,0	66,7	61,8
65 ans et plus	17,8	27,7	16,5	25,9	14,8	19,7
65 à 79 ans	*13,3*	*16,6*	*11,9*	*15,9*	*10,1*	*12,1*
80 ans et plus	*4,5*	*11,1*	*4,6*	*10,0*	*4,7*	*7,6*

Source : Bureau fédéral du Plan.

« La Wallonie connaîtrait donc une augmentation de toutes les classes d'âge. Le groupe des plus de 65 ans augmenterait aussi fortement, voyant sa part dans la population passer de 16,5 % en 2007 à 25,9 % en 2060. Le nombre de personnes de plus de 80 ans serait multiplié par 2,7 sur la période 2007-2060. »

Pour préciser davantage le phénomène du vieillissement, il est également intéressant de se référer à d'autres indicateurs. Ceux-ci sont « basés sur différents ratios indiquant le poids relatif des diverses catégories d'âge au sein de la population, en partant d'un découpage de la population par tranche de 15 ou 20 ans. »

« Les principaux indicateurs démographiques calculés à partir de ces tranches d'âge sont les suivants:

• Coefficient de vieillissement. Ce coefficient met en relation la part des plus âgés (65 ans et plus) par rapport à celle des plus jeunes (moins de 15 ans), soit le sommet et la base de la pyramide des âges. Dans le cas d'une pyramide « classique », ce coefficient est inférieur à 100 %. Dans les pays industrialisés, ce ratio atteint ou dépasse le seuil de 100 % traduisant une inversion de la pyramide des âges sous l'effet du vieillissement de la population.

• Coefficient de dépendance. Ce coefficient s'obtient en divisant la population se trouvant dans les tranches d'âge les plus dépendantes (0 à 14 ans, 65 ans et plus) par la population la plus susceptible d'exercer une activité professionnelle (15 à 64 ans). En rapportant les effectifs de la population non active à ceux de la population (potentiellement) active, ce coefficient permet de déduire un indice de charge économique et indirectement de tension sur les finances publiques et la sécurité sociale.

• Coefficient de dépendance des âgés. Il s'agit de la partie du coefficient de dépendance qui ne concerne que les 65 ans et plus. Il met donc plus directement en opposition la population potentiellement active (15 à 64 ans) et la population retraitée.

• Coefficient de vieillissement des actifs potentiels. Si l'on sépare les actifs potentiels (les 15-64 ans) en deux groupes d'âge de 25 ans, ce coefficient mesure la proportion des plus âgés (40-64 ans) d'entre eux par rapport aux plus jeunes (15-39 ans). Il permet donc d'évaluer le vieillissement de la population d'âge actif.

• Coefficient d'intensité du vieillissement Ce coefficient représente, au sein des âgés (65 ans et plus), le pourcentage des plus âgés d'entre eux (80 ans et plus). Par rapport au processus global de vieillissement de la population, ce coefficient fournit une indication de l'importance du « 4e âge » (80 ans et plus). »

Belgique – Évolution des indicateurs démographiques (2007-2060)							
	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Âge moyen	40,59	40,87	41,74	42,98	44,18	44,74	45,01
Vieillissement (65+)/(0-15)	100,69 %	101,67 %	112,09 %	137,07 %	157,51 %	162,21 %	166,59 %
Intensité du vieillissement (80+)/(65+)	26,72 %	28,55 %	28,72 %	28,50 %	33,93 %	39,21 %	39,50 %
Dépendance (0-14)+(65+)/(15-64)	51,71 %	51,68 %	57,25 %	64,42 %	69,02 %	70,97 %	72,52 %
Dépendance des personnes âgées (65+)/(15-64)	25,94 %	26,05 %	30,26 %	37,25 %	42,22 %	43,90 %	45,32 %
Vieillissement des actifs potentiels (40-64)/(15-39)	104,40 %	107,61 %	107,81 %	103,94 %	102,19 %	101,42 %	102,21 %

Source : Bureau fédéral du Plan.

Les constats sont que l'âge moyen, le coefficient de vieillissement, d'intensité du vieillissement, de dépendance et de dépendance des personnes âgées ne font qu'augmenter. En d'autres termes, la Belgique va avoir une population de plus en plus âgée (inversion de la pyramide des âges). Au sein de celle-ci, la proportion des plus de 80 ans va s'accroitre (d'environ 27% en 2007, elle passera à 40% en 2060). Seul le coefficient de vieillissement des actifs potentiel tend à diminuer à partir de 2020, provoquant alors un rajeunissement lent de la population d'âge actif.

2.2.2. Au niveau communal

L'étude nous renseigne également sur les disparités locales existantes. En effet, alors qu'en 2010, le coefficient de vieillissement calculé au niveau national est d'environ 101%. Il varie considérablement en fonction du niveau spatial considéré. Concrètement, au niveau régional, il oscille entre environ 78% et 111%, entre 81% et 130% au niveau provincial, entre 73% et 186% au niveau des arrondissements et pour atteindre une variation entre 37% et 256%. Les communes connaissent donc des disparités importantes au niveau de leur population.

Au niveau communal, pour l'explication de ces disparités, un rôle prépondérant est donc donné aux mouvements migratoires. Ceux-ci exercent « une influence déterminante non seulement sur l'évolution du chiffre de la population mais aussi sur les caractéristiques démographiques (âge, nationalité, sexe...), …. En effet, l'intensité de la migration varie avec l'âge, les choix résidentiels étant en partie liés au cycle de vie des personnes. Les mouvements migratoires peuvent être dès lors à l'origine d'importants glissements de la structure par âge.

Voici les différents types de migrations :

• Migrations d'émancipation : la mobilité augmente pour les jeunes de 18 à 30 ans en raison du départ fréquent du noyau familial qui coïncide généralement avec la fin de la scolarité de base, la recherche d'un premier emploi, le début d'études supérieures, la cohabitation, le mariage...

• Migrations résidentielles (élargissement du ménage) :le niveau de mobilité se réduit de manière exponentielle de 30 à 60 ans parallèlement à l'acquisition progressive d'une certaine stabilité familiale et professionnelle. À noter que la mobilité des enfants se calque sur celle de leurs parents ; la réduction de la mobilité des enfants de 10 à 18 ans étant induite par celle observée au-delà de 30 ans.

• Migrations de retraite : à l'âge de la retraite, soit vers 60-65 ans, correspond un léger relèvement des taux de mobilité et coïncide généralement avec la recherche d'un cadre de vie de qualité indépendant des centres d'emploi et le cas échéant l'installation dans la seconde résidence.

• Migrations de « perte d'autonomie » : enfin, la mobilité amorce une nouvelle phase ascensionnelle vers le « 4e âge » (de manière plus marquée chez les femmes en raison d'une longévité plus prononcée). Cette phase correspond à l'âge du veuvage, d'une plus forte dépendance physique, d'une moins grande mobilité quotidienne, de l'accueil dans une maison de repos.

Pour ces différents stades du cycle de vie, il importe de relever que les motivations de migration et les critères de localisation peuvent être très variables. Les jeunes de 18 à 30 ans sont davantage attirés par les centres urbains qui présentent à leurs yeux des atouts tels que la concentration d'emplois, l'importance du parc immobilier locatif, l'offre en matière de loisirs et d'enseignement supérieur, l'étendue des transports en commun. Les ménages en phase de stabilité sur le plan familial et professionnel présentent par contre une très nette attirance pour les milieux périurbains, voire ruraux lorsqu'ils sont biens desservis par les voies de communication. Ces ménages souhaitent se fixer dans un cadre environnemental plaisant tout en restant à proximité des pôles d'emploi et des établissements scolaires. Les personnes qui partent à la retraite ont également plutôt tendance à quitter les centres urbains pour s'établir dans des communes parfois plus excentrées mais disposant d'un environnement naturel particulièrement attrayant (communes côtières, communes ardennaises). Enfin, au-delà de 80 ans, la migration (qui concerne davantage les femmes compte tenu de l'espérance de vie plus élevée) s'opère vers des communes alliant à la fois une perception de sécurité et une offre importante en termes de service d'accueil et de soins en faveur des personnes âgées (petites villes et communes périurbaines). Le décès du conjoint entraîne souvent une recherche de rupture de l'isolement et la migration vers un logement plus petit, soit vers une maison de retraite, soit vers le logement d'un autre membre de la famille. Ces différents courants migratoires intervenant à des âges et des endroits déterminés peuvent engendrer des bouleversements de la structure par âge de certaines communes. Les communes subissant une forte migration résidentielle subissent un rajeunissement de la pyramide des âges alors que les communes attractives pour les retraités et qui voient concomitamment le départ des jeunes adultes subissent un vieillissement accéléré ».

2.2.2.1. A Waimes….

En 2001, la population totale sur Waimes 7054 habitants et a une densité de population d'environ 73 habitants par km².

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	5.946	6.498	6.728	6.977	7.054
Densité (Habitants au Km2)					
. la commune	61,34	67,04	69,41	71,98	72,77
. L Arrondissement	125,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
. la commune		0,93	0,71	1,23	0,55
. L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Depuis 1991, en passant par 2001, 2006 et 2009, on constate que la population de Waimes est en croissance régulière, avec une hausse d'environ 15% sur les 20 dernières années.

La croissance de la population est due aussi bien aux soldes naturels que migratoires, tous deux positifs. Sur les deux dernières périodes analysées, donc depuis 2001, on constate notamment un solde migratoire intérieur important. De manière générale, les soldes de mouvements de population sont plus importants à Waimes que sur l'arrondissement de Verviers.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	5.946	6.300	6.498	6.728
. Solde naturel	150	80	69	62
. Solde migratoire intérieur	118	99	180	221
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	86	19	-19	43
. Solde total	354	198	230	326
Population au 31 décembre de l'année finale	6.300	6.498	6.728	7.054
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	24,50	12,50	10,43	9,00
. Solde migratoire intérieur	19,27	15,47	27,22	32,07
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	14,05	2,97	-2,87	6,24
. Solde total	57,81	30,94	34,78	47,31
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
. Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
. Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Si Waimes connaît une croissance de sa population, il faut remarquer que l'évolution est assez fluctuante selon les âges.

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	7.054	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	1.270	18,00	20,82	17,75
15 à 29 ans	1.358	19,25	18,17	19,25
30 à 44 ans	1.373	19,46	25,14	19,17
45 à 59 ans	1.525	21,62	16,59	21,47
60 à 74 ans	935	13,25	15,75	14,18
75 ans et plus	593	8,41	3,53	8,18
Hommes				
Total	3.550	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	675	19,01	21,22	18,46
15 à 29 ans	673	18,96	18,19	19,86
30 à 44 ans	691	19,46	25,83	19,55
45 à 59 ans	818	23,04	17,50	21,99
60 à 74 ans	448	12,62	14,54	13,87
75 ans et plus	245	6,90	2,71	6,27
Femmes				
Total	3.504	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	595	16,98	20,41	17,06
15 à 29 ans	685	19,55	18,15	18,66
30 à 44 ans	682	19,46	24,43	18,80
45 à 59 ans	707	20,18	15,64	20,96
60 à 74 ans	487	13,90	16,99	14,48
75 ans et plus	348	9,93	4,38	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

La part des 0-14 ans, des 30 à 44 ans et des 60 à 74 ans est en baisse entre 2001 et 2011. La baisse est nette pour les 30 à 44 ans. Pour la part 15-29 ans, une augmentation est à remarquer entre 2001 et 2011. Une augmentation importante de la population âge de plus de 75 ans est aussi à noter ;elle a plus que doublé (de 3.53% à 8.41%). En 2011, les répartitions entre la commune de Waimes et l'arrondissement sont relativement identiques.

En terme de perspectives de la population à Waimes, on peut dire que la population va donc continuer à accroitre. La part des plus de 65 ans aura atteint 20% de la population en 2026 à Waimes (croissance identique au sein de l'arrondissement de Verviers).

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
Total	7.350	7.486	7.764	100,00	100,00
0 à 19 ans	1.699	1.635	1.668	21,61	22,99
20 à 64 ans	4.394	4.463	4.478	57,75	56,14
65 ans et plus	1.257	1.387	1.608	20,73	20,87
Ménages					
Total	2.979	3.136	3.272		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.2.2. A Malmedy…

En 2011, la population totale de Malmedy s'élève à 12 219 habitants et a une densité de population de 122 habitants par km². C'est la plus peuplée de nos six communes. L'évolution, entre 1991 et 2011, est d'environ 16.5%.

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	10.296	11.265	11.829	12.003	12.219
Densité (Habitants au Km2)					
la commune	103,00	112,69	118,33	120,07	122,23
L Arrondissement	125,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
la commune		0,94	1,00	0,49	0,90
L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En effet, depuis 1991, on constate une augmenatation constante et un taux de croissance supérieur à celui de l'arrondissement (sauf en 2009).

Au niveau des mouvements de population, Malmedy connait des soldes positifs. Le solde migratoire intérieur est généralement important et bien supérieur à celui de l'arrondissement.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	10.296	10.739	11.265	11.829
Solde naturel	213	131	40	50
Solde migratoire intérieur	119	306	425	264
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	111	89	99	76
Solde total	443	526	564	390
Population au 31 décembre de l'année finale	10.739	11.265	11.829	12.219
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
Solde naturel	20,25	11,91	3,46	4,16
Solde migratoire intérieur	11,31	27,81	36,81	21,96
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	10,55	8,09	8,57	6,32
Solde total	42,12	47,81	48,84	32,44
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

L'augmentation de la population se répartit différemment suivant les âges et les sexes.

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	12.219	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	2.063	16,88	20,18	17,75
15 à 29 ans	2.257	18,47	17,75	19,25
30 à 44 ans	2.329	19,05	23,82	19,17
45 à 59 ans	2.536	20,75	17,96	21,47
60 à 74 ans	1.828	14,96	16,33	14,18
75 ans et plus	1.207	9,88	3,95	8,18
Hommes				
Total	5.867	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	1.067	18,19	20,94	18,46
15 à 29 ans	1.117	19,04	17,90	19,86
30 à 44 ans	1.171	19,96	24,58	19,55
45 à 59 ans	1.246	21,24	18,24	21,99
60 à 74 ans	837	14,27	15,44	13,87
75 ans et plus	429	7,31	2,89	6,27
Femmes				
Total	6.352	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	996	15,68	19,45	17,06
15 à 29 ans	1.140	17,95	17,60	18,66
30 à 44 ans	1.157	18,21	23,09	18,80
45 à 59 ans	1.290	20,31	17,69	20,96
60 à 74 ans	991	15,60	17,20	14,48
75 ans et plus	778	12,25	4,98	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

On remarque donc une augmentation de la part des 15 -29 ans, des 45-59 ans et des 75 ans et plus. A nouveau, l'augmentation de la part des 75 ans et plus est nette (elle passe de 3.95% en 2001 à 9.88% en 2011). Une différence est à noter entre la répartation de la population des plus de 75ans en 2011 entre la commune de Malmedy et l'arrondissement : la proportion des plus de 75ans est plus importante à Malmedy que sur l'arrondissement.

En terme de perspectives, l'augmentation de la population se maintient à Malmedy (environ 1000 habitants tous les 10 ans). La répartition des personnes de 65 ans et plus restera plus importante à Malmedy qu'au sein de l'arrondissement.

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
. Total	12.991	13.342	13.928	100,00	100,00
. 0 à 19 ans	2.953	2.936	3.110	22,33	22,99
. 20 à 64 ans	7.494	7.627	7.649	54,92	56,14
. 65 ans et plus	2.545	2.779	3.169	22,75	20,87
Ménages					
. Total	5.446	5.733	5.991		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.2.3. A Stavelot…

La commune de Stavelot a une population totale en 2011 de 6867 habitants et une densité de population d'environ 81 habitants par km². Le taux de croissance moyen de la population à Stavelot est positive (augmentation faible et constante d'environ 9% depuis 1991) mais, de manière générale (sauf en 2009) est moindre que sur l'arrondissement de Verviers.

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	6.275	6.511	6.671	6.800	6.867
Densité (Habitants au Km2)					
. la commune	73,76	76,54	78,42	79,93	80,72
. L Arrondissement	126,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
. la commune		0,38	0,49	0,64	0,49
. L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Les mouvements de la population stavelotaine sont positifs mais moindres qu'à Waimes et à Malmedy. Ils sont quasi identiques que sur l'ensemble de l'arrondissement (sauf pour la période 1996-2000). Cependant, il semble qu'ils soient relativement variables d'une période étudiée à l'autre.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	6.275	6.473	6.511	6.671
Solde naturel	32	23	0	28
Solde migratoire intérieur	126	9	129	156
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	40	6	31	12
Solde total	198	38	160	196
Population au 31 décembre de l'année finale	6.473	6.511	6.671	6.867
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
Solde naturel	5,02	3,54	0,00	4,14
Solde migratoire intérieur	19,77	1,39	19,57	23,05
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	6,28	0,92	4,70	1,77
Solde total	31,06	5,85	24,28	28,96
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

A Stavelot, au niveau de la structure de la population par âge, on constate une diminution de la part de la population des 0-14 ans, 15-29 ans et 30-44ans. Une augmentation est remarquée pour les tranches d'âges supérieures (de 45 à 59ans, de 60 à74 ans et de 75ans et plus). Pour la tranche d'âge des 75 ans et plus, la proportion a doublé (passant de 4.06% en 2001 à 8.33% en 2011). Les répartions communales de Stavelot et de l'arrondissement sont relativement identiques.

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	6.867	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	1.206	17,56	19,89	17,75
15 à 29 ans	1.276	18,58	19,51	19,25
30 à 44 ans	1.283	18,68	21,90	19,17
45 à 59 ans	1.455	21,19	20,23	21,47
60 à 74 ans	1.075	15,65	14,41	14,18
75 ans et plus	572	8,33	4,06	8,18
Hommes				
Total	3.432	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	641	18,68	21,07	18,46
15 à 29 ans	672	19,58	20,27	19,86
30 à 44 ans	654	19,06	22,02	19,55
45 à 59 ans	745	21,71	20,18	21,99
60 à 74 ans	525	15,30	13,37	13,87
75 ans et plus	195	5,68	3,09	6,27
Femmes				
Total	3.435	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	565	16,45	18,70	17,06
15 à 29 ans	604	17,58	18,73	18,66
30 à 44 ans	629	18,31	21,77	18,80
45 à 59 ans	710	20,67	20,28	20,96
60 à 74 ans	550	16,01	15,47	14,48
75 ans et plus	377	10,98	5,04	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En terme de perspectives, il est à noter que la répartion communales des 65ans et plus sera plus importante que celle de l'arrondissement en 2026, comme à Malmedy.

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
. Total	6.906	6.969	7.175	100,00	100,00
. 0 à 19 ans	1.587	1.563	1.625	22,65	22,99
. 20 à 64 ans	4.002	3.974	3.948	55,02	56,14
. 65 ans et plus	1.317	1.432	1.602	22,33	20,87
Ménages					
. Total	2.905	3.003	3.091		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.2.4. A Trois-Ponts…

A Trois-Ponts, la population totale s'élève à 2 506 habitants en 2011 et sa densité est d'environ 36 habitants par km². En termes d'évolution, Trois-Ponts connait également une évolution d'environ 16% de sa population depuis 1991. Le taux de croissance communal reste évidemment positif mais est variable et connait des fluctuations importantes. En 2011, il est nettement moindre que sur l'arrondissement de Verviers.

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	2.187	2.398	2.445	2.493	2.506
Densité (Habitants au Km2)					
. la commune	31,74	34,81	35,49	36,18	36,37
. L Arrondissement	125,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
. la commune		0,96	0,39	0,65	0,26
. L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En ce qui concerne les mouvements de population sur Trois-Ponts, on constate des soldes extrêmement variables d'une période à l'autre.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	2.187	2.269	2.398	2.445
. Solde naturel	24	3	55	16
. Solde migratoire intérieur	60	95	-24	5
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	-2	31	16	40
. Solde total	82	129	47	61
Population au 31 décembre de l'année finale	2.269	2.398	2.445	2.506
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	10,77	1,29	22,71	6,46
. Solde migratoire intérieur	26,93	40,71	-9,91	2,02
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	-0,90	13,28	6,61	16,16
. Solde total	36,80	55,28	19,41	24,64
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
. Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
. Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En ce qui concerne la structuration de la population par tranches d'âges, on constate une diminution de la part des 0-14 ans, des 30-44ans et des 60-74 ans, un statu quo pour la part des 15-29ans et une augmentation de la part des 45-59 ans et des 75 ans et plus. De manière générale, les répartitions communales et de l'arrondissement sont relativement identiques.

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	2.506	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	437	17,44	20,08	17,75
15 à 29 ans	480	19,15	19,00	19,25
30 à 44 ans	457	18,24	23,45	19,17
45 à 59 ans	575	22,94	18,43	21,47
60 à 74 ans	340	13,57	14,15	14,18
75 ans et plus	217	8,66	4,89	8,18
Hommes				
Total	1.235	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	225	18,22	20,40	18,46
15 à 29 ans	242	19,60	18,56	19,86
30 à 44 ans	226	18,30	24,89	19,55
45 à 59 ans	292	23,64	19,53	21,99
60 à 74 ans	163	13,20	12,49	13,87
75 ans et plus	87	7,04	4,13	6,27
Femmes				
Total	1.271	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	212	16,68	19,76	17,06
15 à 29 ans	238	18,73	19,42	18,66
30 à 44 ans	231	18,17	22,06	18,80
45 à 59 ans	283	22,27	17,38	20,96
60 à 74 ans	177	13,93	15,76	14,48
75 ans et plus	130	10,23	5,62	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En terme de perspectives, la population continue à augmenter jusqu'en 2016 et ce sur l'ensemble des tranches d'âge. La répartition des 65ans et plus serait plus basse à Trois-Ponts que sur l'arrondissement en 2026.

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
. Total	2.914	3.092	3.325	100,00	100,00
. 0 à 19 ans	736	782	851	25,60	22,99
. 20 à 64 ans	1.697	1.751	1.811	54,45	56,14
. 65 ans et plus	481	559	663	19,95	20,87
Ménages					
. Total	1.208	1.299	1.387		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.2.5. A Stoumont…

La population de Stoumont est de 3045 habitants en 2011. Sa densité est de 28 habitants par km². C'est la plus faible densité de population des six communes. Depuis 1991, Stoumont connait une évolution d'environ 16% de sa population mais cette évolution n'est pas constante. Le taux de croissance en 2011 est positif mais connait des variations plus ou moins importantes au cours des dix dernières années et en comparaison avec l'arrondissement et les autres communes précitées.

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	2.574	2.949	3.006	2.997	3.045
Densité (Habitants au Km2)					
. la commune	23,73	27,19	27,72	27,64	28,08
. L Arrondissement	125,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
. la commune		1,46	0,39	-0,10	0,80
. L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Ces variations s'expliquent par les soldes naturels et migratoires tantôt positifs tantôt négatifs. Depuis 2001 et en comparaison avec les périodes étudiées précédentes, une diminution importante du solde migratoire intérieur est à remarquer (même s'il reste supérieur à celui de l'arrondissement). De plus, depuis 1191, le solde naturel reste négatif.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	2.574	2.801	2.949	3.006
. Solde naturel	-8	-34	-40	-18
. Solde migratoire intérieur	212	202	80	81
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	23	-20	17	-24
. Solde total	227	148	57	39
Population au 31 décembre de l'année finale	2.801	2.949	3.006	3.045
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	-2,98	-11,83	-13,43	-5,95
. Solde migratoire intérieur	78,88	70,26	26,87	26,77
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	8,56	-6,96	5,71	-7,93
. Solde total	84,47	51,48	19,14	12,89
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
. Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
. Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

En termes de structuration de la population par âge, on constate une diminution de la part des 0-14ans, des 15-29 ans, des 30-44 ans, des 60-74 ans. Les augmentations des 45-59 ans et des 75 ans et plus sont relativement importantes. De manière générale, pour la comparaison entre la répartition communale et de l'arrondissement, une différence se marque pour les tranches des 15 à29 ans (inférieure sur le plan communal) et des 45-59ans (supérieure sur le plan communal).

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	3.045	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	546	17,93	19,77	17,75
15 à 29 ans	492	16,16	17,78	19,25
30 à 44 ans	594	19,51	23,88	19,17
45 à 59 ans	706	23,19	18,91	21,47
60 à 74 ans	440	14,45	15,15	14,18
75 ans et plus	267	8,77	4,51	8,18
Hommes				
Total	1.518	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	274	18,05	19,59	18,46
15 à 29 ans	245	16,14	18,32	19,86
30 à 44 ans	299	19,70	24,19	19,55
45 à 59 ans	365	24,04	19,31	21,99
60 à 74 ans	221	14,56	14,57	13,87
75 ans et plus	114	7,51	4,03	6,27
Femmes				
Total	1.527	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	272	17,81	19,94	17,06
15 à 29 ans	247	16,18	17,24	18,66
30 à 44 ans	295	19,32	23,58	18,80
45 à 59 ans	341	22,33	18,52	20,96
60 à 74 ans	219	14,34	15,74	14,48
75 ans et plus	153	10,02	4,99	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Les perspectives de population stoumontoise montrent une augmentation constante du nombre de population (de 2016 jusqu'en 2026). Les répartitions communales seront moindre pour les personnes de moins de 65 ans mais seront supérieures pour les 65 ans et plus qu'au niveau de l'arrondissement.

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
Total	3.222	3.306	3.451	100,00	100,00
0 à 19 ans	705	682	718	20,79	22,99
20 à 64 ans	1.924	1.938	1.921	55,66	56,14
65 ans et plus	593	675	813	23,54	20,87
Ménages					
Total	1.360	1.435	1.508		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.2.6. A Lierneux…

La population communale à Lierneux est de 3482 habitants pour une densité d'environ 38 habitants par km². La population est relativement croissante avec un taux d'environ 9% sur les 20 dernières années. Le taux annuel moyen est assez variable au cours des dix dernières années mais reste positif.

Population totale et densité de 1991 à 2011

	1991	2001	2006	2009	2011
Population totale	3.152	3.348	3.367	3.418	3.482
Densité (Habitants au Km2)					
la commune	34,23	36,36	36,57	37,12	37,82
L Arrondissement	125,78	132,10	135,44	137,95	140,01
Taux de croissance annuel moyen de la population (en %)					
la commune		0,62	0,11	0,50	0,94
L Arrondissement		0,50	0,51	0,62	0,75

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Au niveau des mouvements de la population, l'explication réside principalement au niveau de la proportion négative ou nulle des soldes naturels.

Mouvements de population de 1991 à 2010

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006- 2010
Mouvements de la population				
Population au 1er janvier de l'année initiale	3.152	3.278	3.348	3.367
. Solde naturel	-49	-21	-28	0
. Solde migratoire intérieur	160	80	20	48
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	15	11	27	67
. Solde total	126	70	19	115
Population au 31 décembre de l'année finale	3.278	3.348	3.367	3.482
Mouvements de la population de la commune rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	-15,24	-6,34	-8,34	0,00
. Solde migratoire intérieur	49,77	24,15	5,96	14,02
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	4,67	3,32	8,04	19,56
. Solde total	39,19	21,13	5,66	33,58
Mouvements de la population de L Arrondissement rapportés à la population moyenne sur la période - pour 1000 habitants				
. Solde naturel	13,71	8,81	5,85	6,80
. Solde migratoire intérieur	2,26	0,80	-0,41	0,86
. Autres mouvements (dont solde migratoire extérieur)	12,98	10,45	19,59	25,49
. Solde total	28,95	20,06	25,03	33,16

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

Au niveau de la stucture de la population par âges,entre 2001 et 2011, on constate une diminution de la part des 0-14ans, des 15-29ans, des 30-44ans et des 60-74ans. Une augmentation est perçue pour les tranches d'âges de 45-59ans et de 75ans et plus. En comparant les répartitions communales et d'arrondissement, on constate au niveau communal une répartition moindre des tranches d'âges de 0-14ans, des 15-29ans et des 75ans et plus.

Structure de la population par classe d'âge et sexe en 2011 comparée à celle de 2001

	Population communale en 2011	Répartition communale en 2011	Répartition communale en 2001	Répartition de L Arrondissement en 2011
Total				
Total	3.482	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	589	16,92	18,62	17,75
15 à 29 ans	621	17,83	19,79	19,25
30 à 44 ans	698	20,05	22,38	19,17
45 à 59 ans	754	21,65	18,59	21,47
60 à 74 ans	552	15,85	16,74	14,18
75 ans et plus	268	7,70	3,88	8,18
Hommes				
Total	1.760	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	274	15,57	17,80	18,46
15 à 29 ans	330	18,75	20,91	19,86
30 à 44 ans	364	20,68	22,10	19,55
45 à 59 ans	395	22,44	19,59	21,99
60 à 74 ans	274	15,57	16,43	13,87
75 ans et plus	123	6,99	3,17	6,27
Femmes				
Total	1.722	100,00	100,00	100,00
0 à 14 ans	315	18,29	19,49	17,06
15 à 29 ans	291	16,90	18,60	18,66
30 à 44 ans	334	19,40	22,68	18,80
45 à 59 ans	359	20,85	17,52	20,96
60 à 74 ans	278	16,14	17,07	14,48
75 ans et plus	145	8,42	4,65	10,03

Source: SPF Economie - DGSIE
Calculs: IWEPS

D'ici 2026, la population va continuer à augmenter dans toutes les tranches d'âges découpées comme suit. Les répartitions communales pour les moins de 20ans seront nettement moindre qu'au niveau de l'arrondissement. Par contre, elles seront plus élevées pour les plus de 20 ans.

Perspectives de population et des ménages en 2016, 2021 et 2026

	la commune en 2016	la commune 2021	la commune en 2026	Répartition communale en 2026	Répartition de L Arrondissement en 2026
Population					
. Total	3.695	3.792	3.944	100,00	100,00
. 0 à 19 ans	775	744	752	19,05	22,99
. 20 à 64 ans	2.233	2.297	2.328	59,02	56,14
. 65 ans et plus	686	751	865	21,93	20,87
Ménages					
. Total	1.500	1.597	1.684		

Source: Perspectives de population et des ménages au niveau communal Centre de recherche en Démographie et Société de l UCL Convention IWEPS
Calculs: Centre de Démographie et Société UCL

2.2.3. Généralités statistiques sur les six communes

Sur l'ensemble des six communes, on remarque une augmentation générale de la population. Sur les 20 dernières années, Waimes, Malmedy, Trois-Ponts et Stoumont connaissent une évolution d'environ 15 à 16% de leur population. La population de Stavelot et Lierneux évolue d'environ 9%.

Un vieillissement de la population sur l'ensemble des six communes est également à noter. La part des 75ans et plus a presque doublé en dix ans (de 2001 à 2011) sur l'ensemble du territoire (plus que doublé à Malmedy et moins que doublé à Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux). L'intensité du vieillissement est donc important et en forte augmentation. « L'intensité de vieillissement augmente : la proportion de personnes très âgées augmente dans le groupe des plus de 65 ans. C'est surtout ce dernier point qui aura une incidence sur l'ampleur de la population dépendante de soins »[5]. En 2011, la répartition pour cette catégorie de population est relativement identique de la répartition de la population sur l'arrondissement de Verviers (environ 8.2%) à Waimes (8.4%) et à Stavelot (8.3%). Elle est un peu supérieure à Trois-Ponts (8.7%) et à Stoumont (8.8%). Elle est nettement supérieure à Malmedy (9.9%) et moindre à Lierneux (7.7%).

En termes de perspectives, la population va continuer à augmenter sur l'ensemble des six communes jusqu'en 2026. La part des 65 ans et plus va également continuer à croître. En 2026, la répartition pour cette catégorie serait quasi identique à la répartition de l'arrondissement (20.9%) à Waimes (20.7%), un peu moindre à Trois-Ponts (20%) et supérieure à Malmedy (22.8%), à Stavelot (22.3%), à Stoumont (23.5%) et à Lierneux (21.9%).

[5] Van Damme B. - L'or gris – Comment les baby-boomers feront de leurs soins une histoire à succès-novembre 2010 – Institut Itinera

2.3. Spécificité des 6 communes : la ruralité

La ruralité, selon l'OCDE, se définit uniquement au travers du critère de densité de population (inférieure ou égale à 150 habitants/km²).

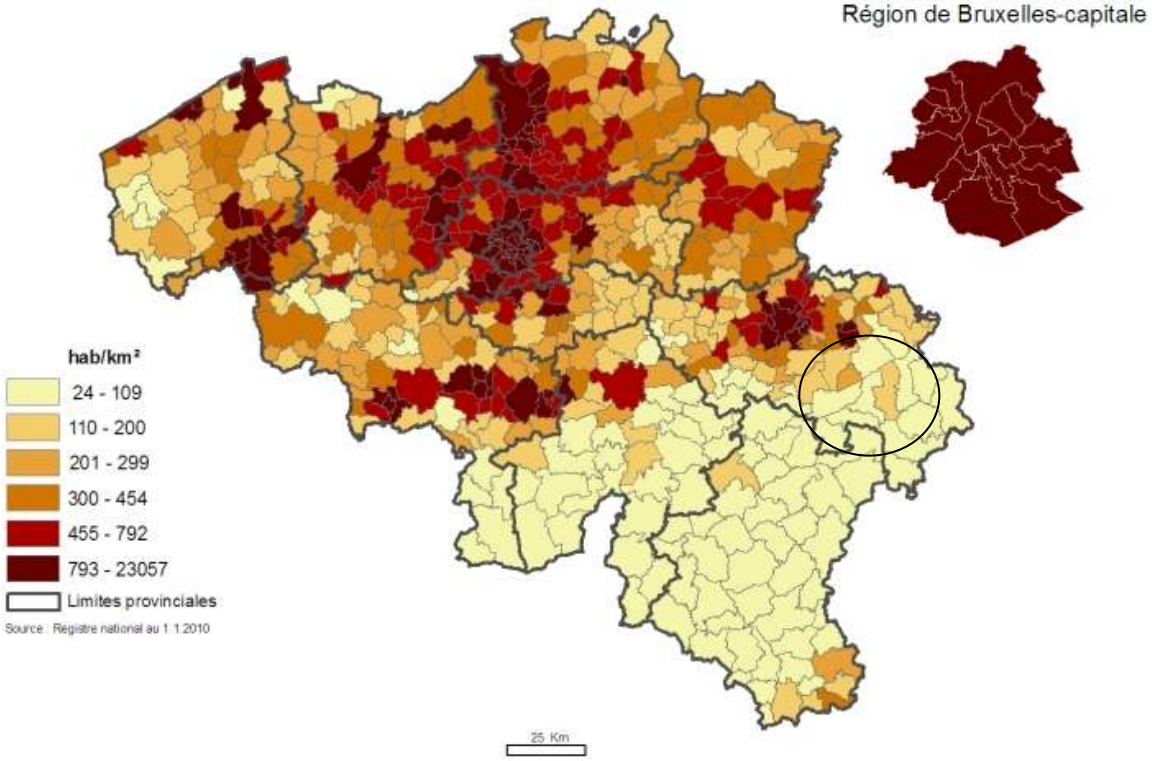
Afin de limiter les communes rurales, la Fondation rurale de Wallonie (FRW) propose d'ajouter des critères à la définition. Selon lui, trois critères devraient permettre de définir la ruralité:

• une densité de population inférieure ou égale à 150 habitants/km2 ;

• un espace non bâti supérieur à 80% ;

• une population inférieure ou égale à 10 000 habitants.

Ainsi, parmi les 262 communes wallonnes, 110 répondent à ces critères[6]



On voit sur cette carte que les communes de Waimes, Stavelot, Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux ont une densité de population inférieure à 109 habitants/km². Seule la commune de Malmedy a une densité de population que se situe entre 110 et 200 habitants/km² et une population supérieure à 10000 habitants.

[6] Pour consulter ces listes, cf. le site Internet de la FRW : http://www.frw.be

La ruralité se définit par différents critères. Cependant, certaines caractéristiques inhérentes au caractère rural nous paraissaient essentielles à définir. Celles-ci s'entremêlent et créent des problématiques particulières à nos communes. Elles sont également le reflet de nombreuses préoccupations identifiées lors de nos entretiens.

2.3.1. La mobilité

« La mobilité constitue un enjeu majeur pour le monde rural d'aujourd'hui.»[7] De nombreuses études sont menées à ce sujet. La question de la mobilité en milieu rural ne touche pas uniquement les possibilités ou non de déplacements. Elle doit être abordée dans sa globalité car elle « touche également aux questions de développement économique, de cohésion sociale et d'insertion, de sécurité routière et d'environnement »[8].

Un premier constat mis en avant, au travers des lectures réalisées et des entretiens réalisés, est que les difficultés de mobilité sont liées au démantèlement des services de transports publics ainsi qu'à la disparition progressive des petits commerces et services dans les zones rurales. Se rendre au supermarché, effectuer des démarches administratives, se soigner,… requiert, dans notre région, des déplacements. Auparavant, la plupart de ces activités pouvaient se faire de nos villages. Aujourd'hui, elles sont délocalisées dans la « plus grosse » localité de la commune, voire plus loin ! Les déplacements sont donc plus nombreux et contraignants. De plus, en parallèle à cette « délocalisation » des services de proximité, on connait un appauvrissement des transports publics dû notamment à la rationalisation de ces services. Une opposition se marque donc entre le fait que la mobilité est devenue de plus en plus importante et en même temps de moins en moins accessible ! En effet, « la satisfaction de la majorité des besoins requiert un déplacement motorisé. Alors que ce besoin s'est accru au cours des dernières décennies, le transport collectif en milieu rural s'est dégradé…. Cette situation lèse toutes les personnes non-motorisées, à savoir les personnes âgées, les personnes en situation précaire, les enfants et les adolescents, et les personnes à mobilité réduite.»[9]

Un autre constat, relayé notamment par plusieurs études, montre également l'impact des problèmes de santé sur la mobilité des personnes et inversement l'impact de la « non-mobilité » sur les problèmes de santé. Les possibilités de déplacements sont, en effet, limitées soit directement par des difficultés motrices (telles que les difficultés à la marche, …), soit indirectement par un problème qui affecte leur mobilité (tel que des troubles de la vue, des angoisses, ...). Mais aussi, l'absence ou la difficulté de mobilité peut être ressentie et vécue comme un facteur d'isolement social et avoir un impact sur la santé des personnes (dépression, manque d'activités physiques,…). « La capacité de se déplacer revêt ainsi une signification particulière pour un épanouissement possible en ruralité. Elle est même un préalable à toute intégration à la vie sociale, économique et culturelle »[10].

[7] Pour plus d'informations sur les enjeux de la mobilité en milieu rural, voir notamment Warrant F. (2005) La mobilité des personnes en milieu rural, ACRF, série Milieu rural, 193 p.
[8] Le transport en zone rurale: organisations et opportunités pour les communes, Tom De Schutter - Mars 2006
[9] La pauvreté en milieu rural en Région wallonne, étude commanditée par Cera et réalisée par le Panel Démographie Familiale de l'Université de Liège, août 2011.
[10] Vieillir au féminin en milieu rural wallon Conditions de vie de femmes de 75 ans et plus de JUSTINE FOURNEAUX Etude ACRF 2011 Série Milieu Rural

Dans notre région, le réseau des transports en commun se réduit et ne permet pas de répondre aux réalités des personnes peu ou pas motorisées. En effet, les difficultés mises en avant sont généralement leur fréquence, les horaires mal adaptés (dans nos petites localités souvent un bus le matin et le soir pour desservir les écoles), l'absence totale de transports dans certaines localités, la non-adaptation liée aux difficultés motrices (hauteur de la marche,….),… De plus, pour certaines personnes se déplacer devient un défi et demande certaines habilités (organisation du trajet, reconnaissance des lieux et des horaires,…). Cette disparition et/ou réduction des transports en commun résulte selon Burnotte et Delmon (2006) d'un effet boule de neige : au moins les personnes utilisent les transports collectifs dans les villages, au moins ils sont rentables et ont donc tendance à disparaître. Ainsi, les habitants des villages, par leurs nouvelles habitudes de consommation, participent donc souvent à cette disparition qu'ils regrettent néanmoins.

Face à cette problématique, les pouvoirs locaux de nos communes lancent des initiatives de transport telles que le transport à la demande, les bus locaux,… Ces réponses permettent d'assurer certains besoins mais semblent cependant disparates d'une commune à l'autre.

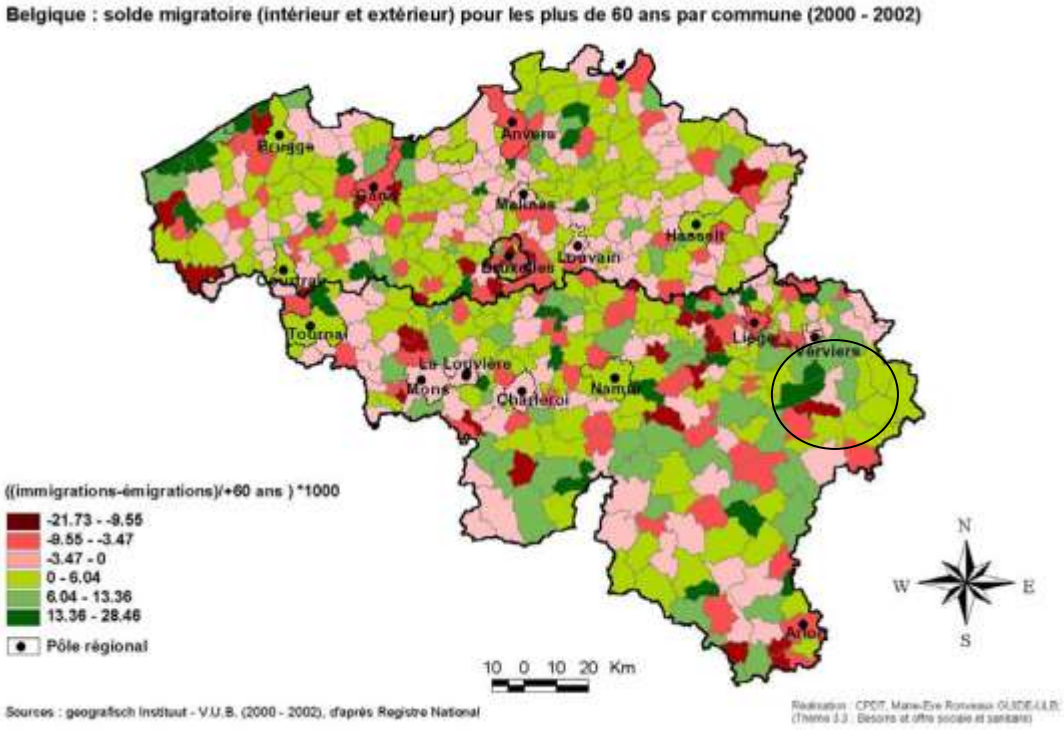
2.3.2. Le logement

De manière générale ces dernières années, on a pu constater une augmentation du coût lié au logement. « Sur 20 ans, le prix des maisons en Belgique a été multiplié par 5, celui des appartements par 4 et celui des terrains par 8. Le milieu rural n'échappe pas à cette hausse des prix et ce sont les loyers les plus bas qui grimpent le plus. L'augmentation du coût du logement en milieu rural place une partie non négligeable de sa population dans de sérieuses difficultés d'accès, tant à la propriété qu'à la location»[11]. De manière générale, les coûts liés aux soins de santé (et/ou au recours de services d'aides et de soins à domicile), au logement et à l'énergie sont les principaux indicateurs d'une situation de précarité.

Par l'effet des migrations de retraites et « de perte d'autonomie », on connait dans certaines localités une augmentation des biens locatifs et une augmentation de la population vieillissante. En effet, les personnes installées dans les villages affluent vers les localités mieux équipées en services, commerces et services de santé ou sont à la recherche de tranquillité et d'espaces verts.

Pour indication, nous avons insérer une carte représentant le solde migratoire pour les plus de 60 ans (datant de 2000-2002). On remarque que les communes de Lierneux et Trois-Ponts ont un taux négatif. Ce taux négatif pourrait notamment s'expliquer par le fait que ces deux communes ne possèdent pas de maisons de repos et/ou de soins.

[11] http://www.gembloux.ulg.ac.be/eg/capru/revues/10-les-thematiques-traitees/41-lacces-au-logement-en-milieu-rural-une-reelle-inquietude



En terme de logements adaptés, aucune initiative n'est développée dans nos communes à l'heure actuelle, telle que les résidences services, l'habitat groupé, le logement intergénérationnel, des structures d'accueil en journée,… Cependant, des projets (résidences services à Waimes et Malmedy, accueil de jour à Waimes,…) sont en cours apportant des premières pistes de solutions à cette problématique.

D'autres sensibilisations, tant au niveau publiques que privées, doivent cependant être menées afin d'anticiper les problèmes de logements liés notamment au vieillissement de la population mais aussi aux personnes dépendantes de manière plus large.

2.3.3. Les équipements et services[12]

Une étude de l'ACRF (2007) révèle que les services localisés dans un rayon d'un kilomètre par rapport au domicile sont les boîtes postales, un arrêt de bus, les écoles primaires ou maternelles et le médecin. Les autres services (station essence, bureau de poste, banque, crèche, mutualité, service administratif, banque, Cpas, école secondaire, activités sportives, culturelles et sociales) se situent majoritairement entre trois à neuf kilomètres.

[12] http://www.gembloux.ulg.ac.be/eg/capru/plan-du-site/10-les-thematiques-traitees/38-services-et-commerces-une-reponse-a-une-serie-denjeux-lies-a-lavenir-des-villages-ruraux

Elle a également mis en évidence quatre principaux enjeux que représente le développement des services et des commerces en milieu rural :

- Il s'agit tout d'abord d'enjeux économiques. Le développement de commerces et de services correspond à la création d'activités économiques créatrices d'emploi, garant de la vitalité du territoire. Warrant (2005), dans le cadre de son étude sur la mobilité des personnes en milieu rural (ACRF), précise que la présence des services publics ou privés sont des facteurs qui font que des familles et des entreprises vont s'installer ici plutôt qu'ailleurs. Un milieu rural sans services peut vite devenir un " milieu rural-dortoir".
- Le développement des services et commerces en milieu rural constitue également une solution à des enjeux de type sociaux. C'est via le guichet ou le comptoir que se créent des liens sociaux indispensables aux individus. De plus, une offre de commerces et de services suffisante en milieu rural minimise le risque de destruction de ségrégation sociale au sein de ces territoires. Si ce type de milieu a encore un certain potentiel d'attraction pour des familles hyper mobiles (jeunes ménages avec enfants et voiture), il exclura progressivement les catégories les moins mobiles, réservant le milieu rural à certaines classes socio-économiques et transformant les villages en dortoirs ou résidence de week-end.
- Des enjeux environnementaux touchent également la question des commerces et services en milieu rural. En effet, la mobilité des gens et des marchandises à un coût non négligeable pour l'environnement. Il convient de limiter les externalités négatives liées à l'utilisation de la voiture en repensant l'organisation des activités en milieu rural.
- Enfin, les services et commerces répondent aussi à des enjeux en terme de qualité de vie. Ils sont sans conteste des lieux d'accueil pour les personnes qui ont décidé d'y vivre, mais aussi pour les visiteurs et les touristes.

Dans notre région, l'équipement et les services sont, dans certains villages, également mis à mal. Leur disparition entraine de réelles difficultés pour les personnes dépendantes. Pour les personnes âgées, leurs habitudes de vie se sont vues bousculées.

En ce qui concerne le secteur de l'aide, une des caractéristiques, en milieu rural, est la proximité. Tous les professionnels rencontrés revendiquent cette particularité. En même temps, la proximité mais peut-être aussi le temps consacré aux bénéficiaires semblent mis à mal par des fonctionnements de services, les réalités liées aux subsides,… « La faible densité de population et la grande dispersion des besoins ne jouent pas en faveur du travail social, alors que beaucoup de subsides sont encore conditionnés à un nombre minimum de participants…. Les travailleurs sociaux des villes font preuve de plus en plus de spécialisation et de technicité, tandis qu'en milieu rural, le travail est davantage guidé par la proximité, la singularité et l'ancrage communal. En ce qui concerne la couverture territoriale, elle ne constitue qu'un paramètre secondaire en milieu urbain, alors qu'elle reste une question prioritaire impliquant une nécessité de mobilité en milieu rural. Enfin, l'approche en ville est plutôt centralisée et se réalise moyennant un projet spécifique, tandis que l'approche rurale est de type décentralisé prenant en compte les sous régions via le travail en antennes et des projets plus polyvalents. »[13] Cette manière de travailler en milieu rural, nous l'avons fortement ressentie tout au long de nos rencontres. Elle est une préoccupation majeure pour l'ensemble des professionnels et pour l'avenir des services dans notre région.

[13] La pauvreté en milieu rural en Région wallonne, étude commanditée par Cera et réalisée par le Panel Démographie Familiale de l'Université de Liège, août 2011.

2.3.4. Le réseau informel : solidarité versus solitude

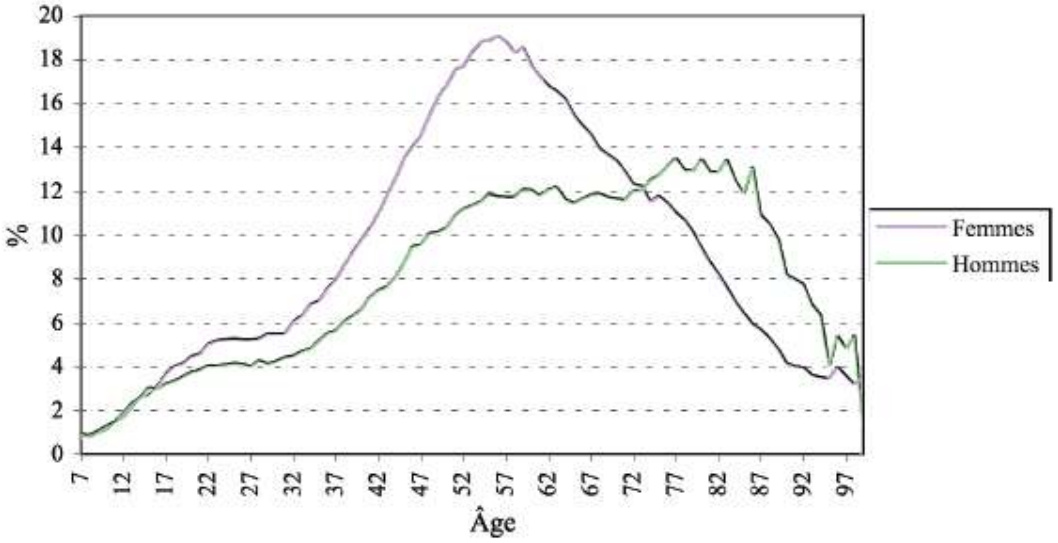
Une autre caractéristique en lien avec la ruralité est le réseau informel. Dans notre région, au travers de nos différents entretiens, nous avons pu identifier que la solidarité reste une valeur véhiculée. Le réseau informel, ressource incontestable pour le maintien à domicile, est souvent perçu comme l'acteur de cette solidarité : conjoint, famille, enfants, voisins, amis,… . Ces personnes sont souvent présentes et soucieuses pour la personne dépendante. Le réseau informel s'inscrit notamment dans les aides permettant une qualité de vie pour la personne. Il joue un rôle central dans le maintien à domicile. Il est souvent là pour les « petites choses » du quotidien, pour maintenir les habitudes des personnes aidées. Ils sont vécus comme des « biens inestimables » et le lien avec la vie passée, antérieure aux difficultés.

Le réseau informel ne se substitue pas au réseau formel, des professionnels. Il est plutôt variable d'une personne à l'autre, dépendant des réseaux sociaux de la personne mais aussi des rapports interpersonnels. La disponibilité pour le réseau informel est évidemment un élément crucial. Au travers de différentes lectures, on constate la crainte du tarissement de ce réseau informel par la réduction de la taille des ménages, l'éloignement des familles, l'augmentation du nombre de personnes âgées à domicile, le recul de l'âge de la pension, la participation des femmes au marché du travail, l'augmentation du taux de divorce, l'augmentation du nombre de personnes isolées,…

Dans notre société, où la politique du maintien à domicile est prônée, le réseau informel est souvent le partenaire d'un réseau d'aide et de soins plus large. Les professionnels doivent aussi être attentifs à ces aidants proches. Car s'ils sont une ressource, ils ne peuvent être mis à mal dans leur vie de manière générale (activités, rôle de parent et de grands-parents, état de santé,…). La crainte est alors qu'un épuisement, un sentiment de lassitude n'apparaisse et mette en difficulté l'ensemble de la structure du maintien à domicile autour de la personne aidée. Une véritable collaboration doit donc être de mise afin que chacun puisse être respecté dans son rôle, ses facilités mais aussi dans ses limites et ses difficultés.

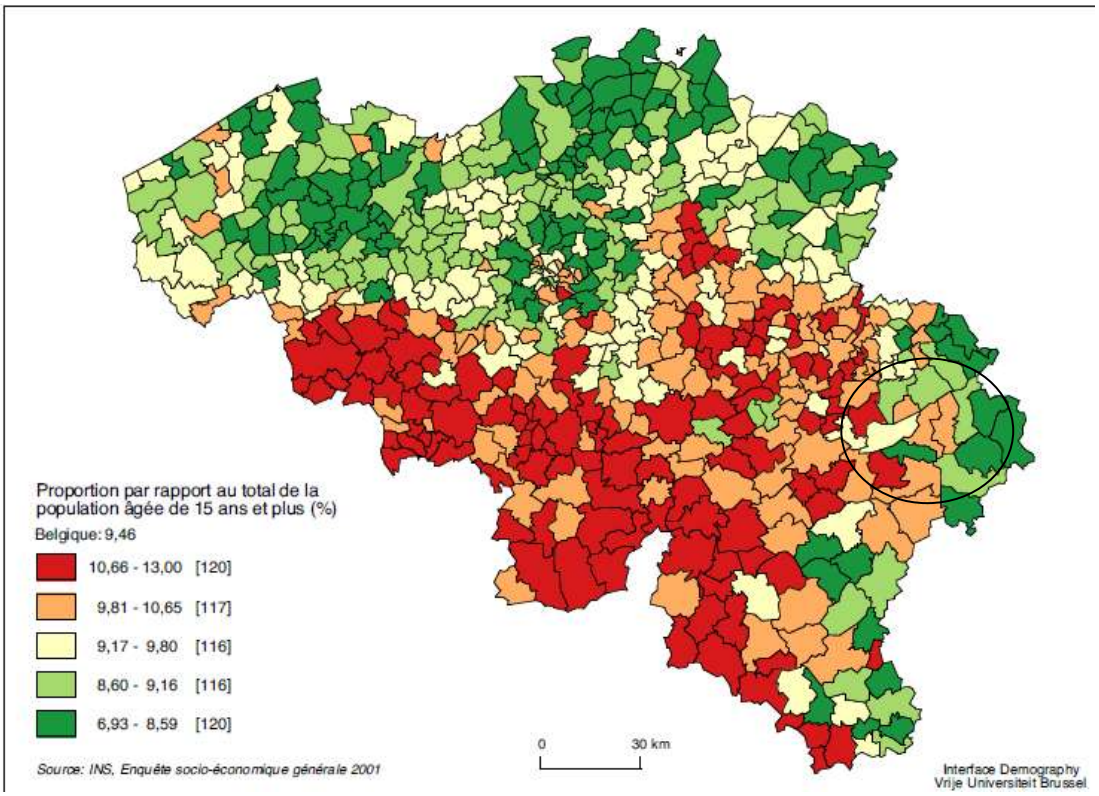
En se basant sur l'étude socio-économique 2001, on constate que « la part de la population donnant des soins informels n'est pas négligeable, en particulier chez les personnes de plus de 45 ans. Ceci est particulièrement important dans le contexte actuel où le vieillissement de la population a pour effet d'augmenter la demande de soins formels et informels. »[14] Au travers de ce graphique, on peut imaginer que la plupart du temps, un écart de générations se situe entre l'aidé et l'aidant.

[14] ENQUÊTE SOCIO-ÉCONOMIQUE 2001 MONOGRAPHIES - Santé et soins informels de Patrick Deboosere, Stefaan Demarest, Vincent Lorant, Pieter-Jan Miermans, Maria-Isabel Portet et Herman Van Oyen, 2006.



Pourcentage d'aidants informels selon l'âge et le sexe

Si on observe les soins informels au niveau communal, on remarque que le niveau des soins informels dans nos communes est plus important que la moyenne belge (et ce particulièrement à Lierneux).



Proportion de la population de 15 ans et plus qui donne des soins informels

Lors de nos entretiens, un sentiment contradictoire est relaté : à la fois, notre région resterait propice et s'appuierait sur la solidarité, le réseau de soins informels et en même temps, l'isolement y serait également ressenti.

Nous aimerions ici différencier deux termes ; l'isolement social qui est « l'absence ou la faiblesse des relations sociales »[15] et la solitude qui est lié à « un sentiment d'abandon, relatif à l'insatisfaction quant à la qualité des relations sociales »[16]. En effet, certaines personnes se sentent seules malgré le passage régulier de leur famille, de certains voisins et de professionnels. Ce sentiment est présenté comme une réelle difficulté. Par contre, d'autres personnes sont isolées socialement car elles ont très peu de visites mais cela ne leur pose pas de problème et ne se disent pas insatisfaites de leur situation. La solitude est donc une perception personnelle d'une situation. Tandis que l'isolement social est un fait pouvant être vécu de manière différente mais accentue généralement le sentiment de solitude.

Depuis quelques années, il existe de réelles mutations des contacts sociaux dans l'espace rural actuel pouvant exacerber un sentiment de solitude chez certaines personnes dépendantes. « L'espace rural connaît depuis quelques années un processus de résidentialisation durable d'une nouvelle population rurale induisant une mutation fondamentale du rapport au village, qui passe d'un véritable mode de vie à un simple cadre de vie, retenu pour son environnement physique et social. Dans un contexte de mobilité intensive, l'espace villageois remplit désormais une fonction de lieu de résidence pour des nouveaux ruraux dont l'activité professionnelle autant que sociale se concentre sur un territoire plus vaste, extérieur au village, hautement centré sur la ville… La sociabilité n'a pas disparu mais elle prend ainsi un nouveau détour en ruralité, celui de la sociabilité de résidence. D'une sociabilité de proximité presque imposée par l'environnement technologique du monde rural autocentré, où tout le monde se connaît et se côtoie, on observe un glissement vers une sociabilité à distance où les proximités relationnelles se vivent ailleurs … Au sein des villages, le sentiment d'appartenance à un groupe social à part entière s'estompe pour laisser place à de nouvelles formes de convivialités stimulées par les événements festifs. Les nouvelles relations sociales villageoises prennent la forme de rencontres occasionnelles et extérieures à l'intimité du domicile ayant pour principale fonction de créer de la chaleur, symbolique de la qualité de vie recherchée dans cet environnement rural. Il faut ainsi se dégager d'une vision du rural en termes d'appartenance pour le penser désormais en termes de convivialité recherchée. Cela n'empêche pas la relation quotidienne et l'entraide mais sur le mode de « la proximité dans la distance »[17].

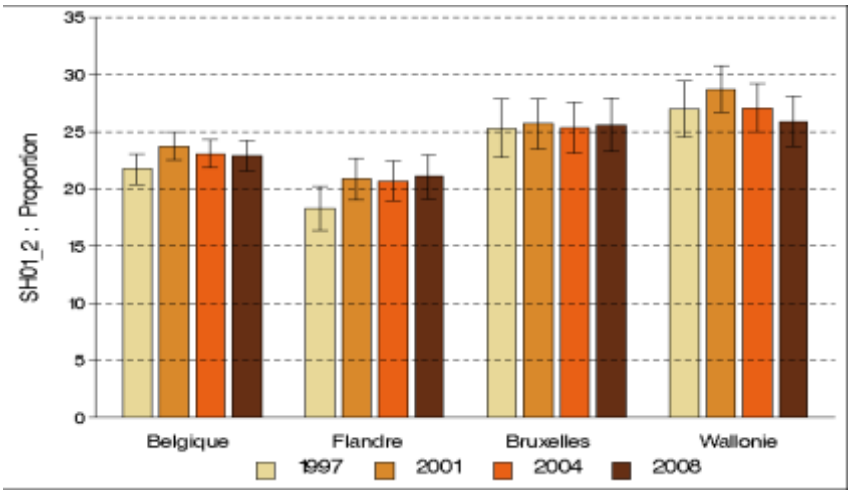
2.4. Perception de la santé

Maintes fois, nous avons déjà pu entendre ; « On n'est pas tous égaux face à la santé ». Effectivement, il existe des inégalités de santé ! Nous allons nous intéresser ici à la santé perçue par la population belge et spécifiquement sur nos six communes. En effet, l'idée que l'on peut avoir de sa santé est intéressante car elle peut être un indicateur de la santé réelle et donc du besoin en terme de soins et services à domicile.

[15] Van Rompaey C., (2003) « Solitude et vieillissement », *Pensée plurielle*, n°6.
[16] Caradec V., (2008) Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris, Armand Colin.
[17] Bodson D., (2000), « Qu'en est-il du rural wallon en l'an 2000 ? », *Les cahiers de l'éducation permanente*, n°10.

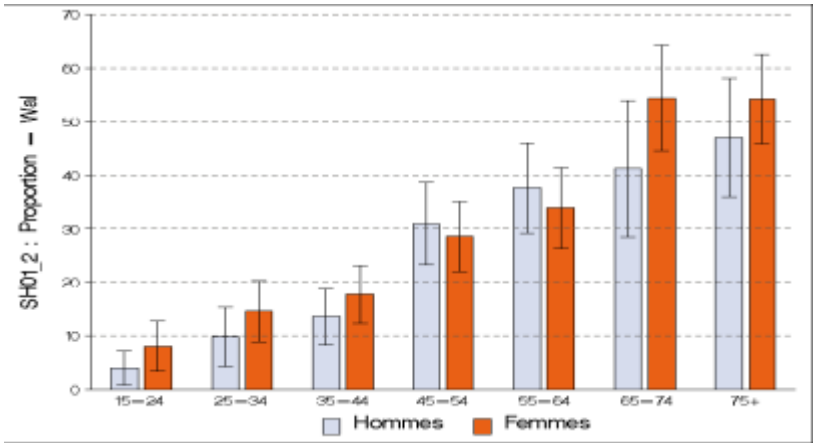
« La santé subjective est un concept recouvrant différentes dimensions : santé physique, psychique et sociale. Le caractère subjectif de la mesure qui est faite dans le cadre de l'enquête de santé provient du fait qu'il s'agit d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse cognitive systématique. L'évaluation subjective de la santé est un bon indicateur de la santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. Elle reflète de manière assez fiable l'impact des problèmes dont souffre la personne interrogée ; elle a en outre une relation étroite avec la mortalité, la morbidité, le niveau des capacités fonctionnelles et la consommation de soins. »[18]

En Belgique en 2008, 77% de la population âgée de 15 ans ou plus qualifient leur état de santé comme bon à très bon. Inversement, 23% estiment que leur état de santé est soit moyen, mauvais ou même très mauvais.



Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) avec une mauvaise santé subjective, par année et par région, Enquête de santé, Belgique, 2008

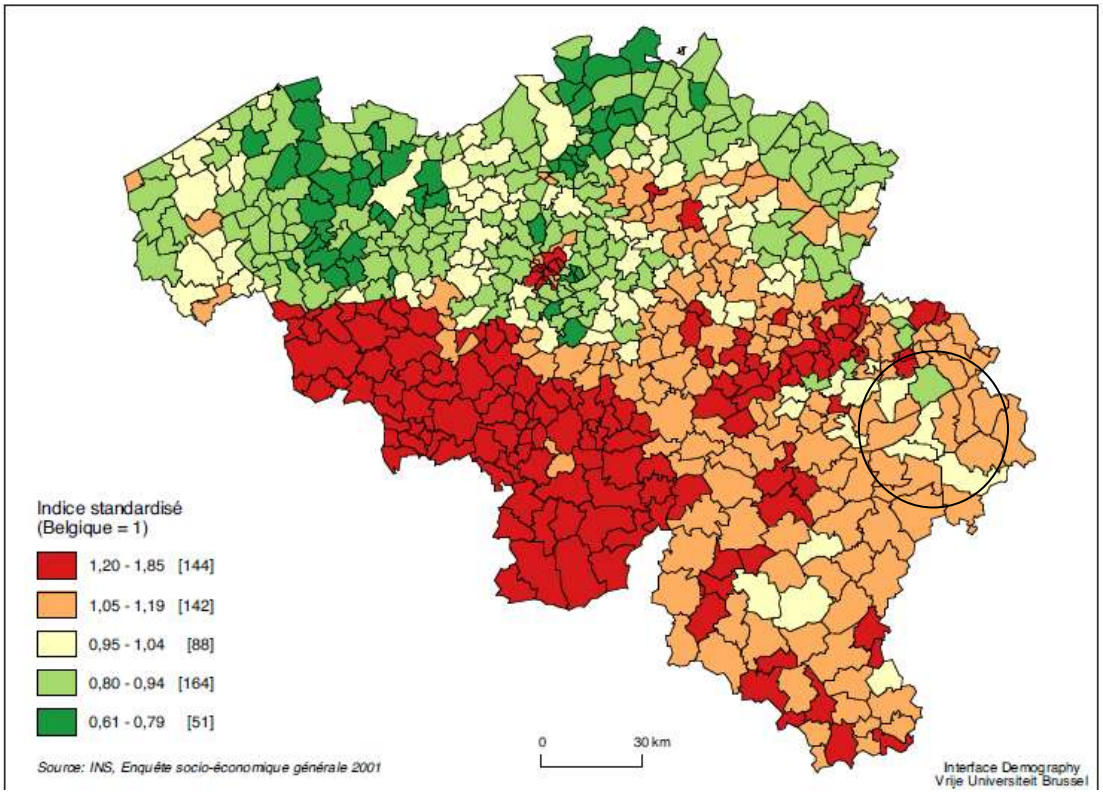
L'appréciation subjective de l'état de santé est moins favorable chez les femmes que chez les hommes (25% de « mauvaise santé » versus 20%), sauf pour le groupe d'âge 55-64 ans.
La santé subjective varie en fonction de l'âge : parmi les personnes de 75 ans ou plus à peine 52% estiment être en bonne santé.



Pourcentage de la population (de 15 ans et plus) avec une mauvaise santé subjective, par âge et par sexe, Enquête de santé, Belgique, 2008 – Région wallonne

[18] Enquête de Santé par Interview Belgique 2008 – Rapports de l'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE

En regardant de manière communale, on constate que sur nos six communes, la perception de la santé est variable.
On peut donc dire que sur les communes de Stavelot et Trois-Ponts, on se trouve au niveau de la moyenne nationale. Tandis qu'à Waimes, Malmedy, Stoumont et Lierneux, la perception de la santé est moins bonne qu'au niveau national. Cet indice pourrait donc également augmenter la demande des soins et services à domicile.



Perception subjective de la santé.

Partie 3 : Etat des lieux de l'offre en soins et services à domicile.

Dans cette troisième partie, nous allons nous pencher sur l'offre en soins et services à domicile, l'offre formelle. Au travers de cet état des lieux, nous avons essayé de mettre en évidence les acteurs sociaux ou de santé, actifs sur le territoire et dans le domaine de l'aide au maintien à domicile.

3.1. Quelques aspects méthodologiques

Pour réaliser cet état des lieux, nous sommes parties des soins et services à domicile exerçant une activité sur les six communes du sud de l'arrondissement.

3.1.1. Liste de l'offre et des acteurs potentiels

En vue de la réalisation des entretiens, nous nous sommes basées sur des offres existantes dans le secteur des soins et aides à domicile. Bien-sûr, notre listing n'est pas exhaustif mais il recouvre les offres principalement citées dans le secteur.

Pour une raison de clarification, nous les avons répertoriés comme suit :

- Offre médicale et paramédicale :
  - médecins traitants
  - infirmiers (Croix Jaune et Blanche, indépendants et plateforme de soins palliatifs)
  - kinésithérapeutes
  - santé mentale
  - prêt de matériel
- Offre liée aux activités quotidiennes :
  - services d'aides familiales
  - repas à domicile
  - transport
  - services d'aides ménagères
- Offre liée à la surveillance/la sécurité :
  - services de gardes à domicile
  - télévigilance
- Offre liée à l'aide financière, administrative et sociale :
  - services sociaux des CPAS
  - services sociaux des mutuelles
- Offre liée à la coordination :
  - centres de coordination
- Offre institutionnelle, d'accueil hors domicile mais en lien avec celui-ci :
  - les hôpitaux
  - les maisons de repos et maisons de repos et de soins
  - centres d'activités sociales et relationnelles

C'est donc à partir de ces différentes offres, et plus particulièrement des professionnels rencontrés, que nous avons constitué notre état des lieux.

3.1.2. Entretiens individuels et traitement des données

De début novembre 2011 à février 2012, nous avons réalisé 43 entretiens individuels de professionnels (précédemment, nous avions réalisé 9 entretiens collectifs et 3 entretiens exploratoires). Les professionnels rencontrés touchent à toutes les offres précitées sur l'ensemble du territoire. Durant cette même période, nous avons également rencontré 8 bénéficiaires. Notre regret porte sur la différence de nombre entre les entretiens avec les professionnels et les bénéficiaires. Le temps fut un frein réel.

Lors de ces entretiens, l'important était de recueillir le vécu, les sentiments de ces témoins privilégiés. Leur vision de la pratique des offres en matière de soins et services à domicile est extrêmement intéressante. La parole des personnes rencontrées nous est donc apparue comme essentielle. Durant la suite de la lecture, nous avons voulu mettre en évidence ces propos via ce que nous avons nommé « échos du terrain ». Ceux-ci sont la retranscription précise de leur parole. Ils sont riches et se sont avérés captivants dans l'analyse et la rédaction de ce travail.

Après avoir réalisé nos entretiens, nous avons fait une analyse thématique de ceux-ci via une grille d'analyse permettant de mettre en avant les récurrences et les éléments-clé recueillis.

3.1.3. Guide de lecture

Pour appréhender cette troisième partie, nous nous sommes basées sur chaque offre et plus particulièrement sur chaque acteur repris dans la classification des offres. Pour chacun d'eux, nous avons tenté de traiter ; les acteurs et leurs pratiques, la couverture spatiale de l'offre, le coût et le regard vers l'avenir.

L'état des lieux reprend quelques données quantitatives mais se base principalement sur les données qualitatives recueillies au cours de nos entretiens.

3.2. Etat des lieux de l'offre.

3.2.1. Offre médicale et paramédicale.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE.

Le médecin généraliste est une personne centrale dans l'offre de soins et services à domicile. Il est souvent une personne repère, ressource tant pour les patients que pour les professionnels. Il possède la plupart du temps une relation personnalisée et de proximité avec ses patients. Il centralise beaucoup d'informations tant au niveau médical et paramédical qu'au niveau social, environnemental, familial,…

Echos du terrain

« Je fais un beau métier, j'adore mon métier. Le contact avec les gens est privilégié… Je donne de l'importance à la proximité … »

« Métier valorisant où les gens sont reconnaissants; on est là pour essayer de faire du bien… Le contact relationnel est une part importante de notre métier »

«La médecine évolue, les techniques médicales évoluent également. Le médecin généraliste reste un pilier, un interlocuteur incontournable pour les patients »

Ce côté humain de la profession, beaucoup l'affectionnent mais face à lui, certains médecins peuvent aussi se sentir démunis. La plupart des médecins parlent d'un manque de formation dans ce domaine.

Echos du terrain

« Revoir le contenu du cursus de médecine: il faudrait plus de psychologie et de cours sociaux! La formation des médecins devrait comprendre des sciences sociales ».

« L'accent est mis sur la relation d'homme à homme, mais dans notre cursus de formation, nous avions peu de techniques relationnelles. Je ne suis pas sûre que les choses aient vraiment évolué à ce niveau-là. »

« Mon médecin, il est là quand j'ai besoin… mais on n'a pas toujours le temps de parler beaucoup, je sais que je dois aller droit au but… »

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Sur le territoire des six communes du sud de l'arrondissement, on dénombre 36 médecins généralistes. La plupart des médecins généralistes travaillent seuls. Certains d'entre eux sont aidés par une secrétaire quelques heures par semaine (prise de rendez-vous, classement administratif,…). Une seule association de médecins existe dans la région (comprenant 3 médecins généralistes sur la commune de Waimes).

Le temps de travail par semaine est relativement variable d'un médecin à l'autre. Cependant la charge de travail par médecin traitant est importante (en moyenne, la durée de travail est de minimum 10h/jour et d'environ 20 à 30 patients). Pour beaucoup d'entre eux, la charge administrative prend de plus en plus de place. Aucune maison médicale n'existe dans le sud de l'arrondissement de Verviers.

Echos du terrain

« Les gros jours, je vois 32 patients... En moyenne c'est 25 patients par jour... Un jour ce sera 32, un jour 18... »

« Je travaille quasi tous les jours de 7H30 à 20h... Souvent, c'est du non-stop, je mange dans la voiture, j'ouvre mon courrier en mangeant... Ouvrir son courrier, classer, lire les résultats d'analyse, ça fait partie du travail... Et puis, on doit passer des coups de fil et tout ça... On n'a pas tout le temps quelqu'un devant soi! »

Aujourd'hui, le mode de fonctionnement des médecins de notre région s'organise avec des temps de consultations libres, de prises de rendez-vous ou des visites à domicile. La tendance actuelle pour les médecins est de gérer leur temps de travail par des prises de rendez-vous. Certains expliquent que cette manière d'envisager les choses leur permet d'être davantage disponible, d'avoir des temps d'attente réduits pour les patients, … d'avoir des temps impartis pour chaque chose (administratif, rendez-vous, domicile,…) et donc de pouvoir s'organiser au mieux pour le patient ! Les visites font également partie de leur pratique. Celles-ci sont limitées car incombent lourdement sur leur temps de travail. La gestion de leur temps est donc une de leurs préoccupations.

Echos du terrain

« Depuis que je m'organise exclusivement sur rendez-vous, j'ai l'impression que ma charge de travail a diminué… dans les faits, ce n'est pas le cas… mais je suis moins stressé quand je sais qu'il n'y a pas 10 personnes qui attentent à côté ! »

« Je trouve quand même important de laisser des plages horaires disponibles aux consultations sans rendez-vous… Même si pour moi, les rendez-vous sont plus confortables, je sais quand j'ai plus ou moins fini journée… et quand je peux faire les tâches administratives, et avoir la tête à ça !... Je pensais en plus que les patients auraient plus difficiles à s'y faire… mais je pense que la majorité sont contents d'avoir des rendez-vous et donc des temps d'attente réduits… Finalement, chacun peut y trouver son compte ! »

« Le domicile prend évidemment plus de temps. On réserve le domicile aux personnes qui ne savent plus se déplacer… Dès que quelqu'un sait se déplacer, je lui demande alors de venir en consultation! On va plus au domicile pour les personnes âgées étant donné les difficultés de mobilisation présentes chez certaines personnes »

« Le domicile est réservé aux patients immobilisés car, dans notre région assez vaste, les déplacements sont longs… Une visite à domicile prend 2ou 3 fois plus de temps qu'une consultation au cabinet. »

Un problème persistant et redondant est la gestion du téléphone et peut-être plus particulièrement du Gsm… Elément facilitant à certains moments, il est aussi un élément stressant et parfois perturbateur ! C'est pourquoi, certains médecins se sont organisés via un secrétariat pour pouvoir se libérer « complètement » à certains moments et à la fois donner une réponse (prise de rendez-vous, relais vers la garde,…) aux patients.

Echos du terrain

«Le téléphone, ou plutôt le Gsm, a révolutionné la pratique! »

« Un aspect négatif est la gestion téléphonique… je peux recevoir jusqu'à 10 coups de fil par demi-heure. »

Les médecins généralistes de notre région sont organisés en cercles, notamment pour organiser les gardes mais aussi pour échanger au niveau de leur pratique. Ceux-ci divergent en fonction du lieu de travail du médecin. Sur les six communes du sud de l'arrondissement, on compte 2 cercles de médecins : « l'AGEF.be » pour les communes de Malmedy, Stavelot, Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux et « Vereinigung der Eifeler Allgemeinmediziner » pour la commune de Waimes. Chacun possède une organisation propre. Des évolutions sont perçues ces derniers temps avec l'organisation de la garde les week-ends et/ou en semaine, l'apparition du numéro unique … Dans les faits ,en ce qui concerne les rôles de gardes, les médecins se regroupent comme suit. : à Waimes, ils s'organisent avec les médecins d'Amel. A Malmedy, les médecins gèrent la garde entre eux. Les médecins de Stavelot, Trois-Ponts et Stoumont sont regroupés. Tandis que les médecins de Lierneux fonctionnent avec ceux de Vielsalm et une partie de Gouvy.

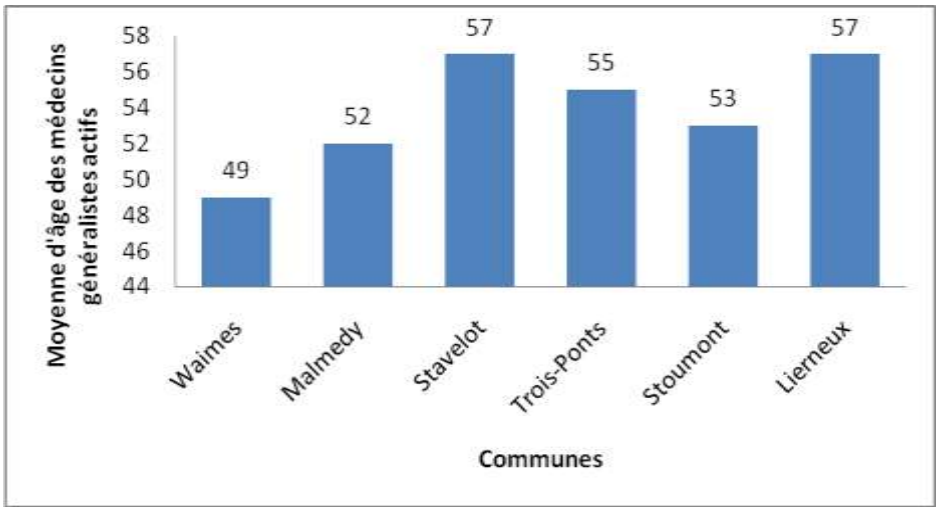
Echos du terrain

« On est passé au numéro unique; la crainte était d'avoir moins d'appels…mais jusque maintenant, ça se maintient …et le côté impersonnel… mais ça je suis convaincue que ça peut faire partie de l'éducation du patient en lien avec l'évolution de la médecine. »

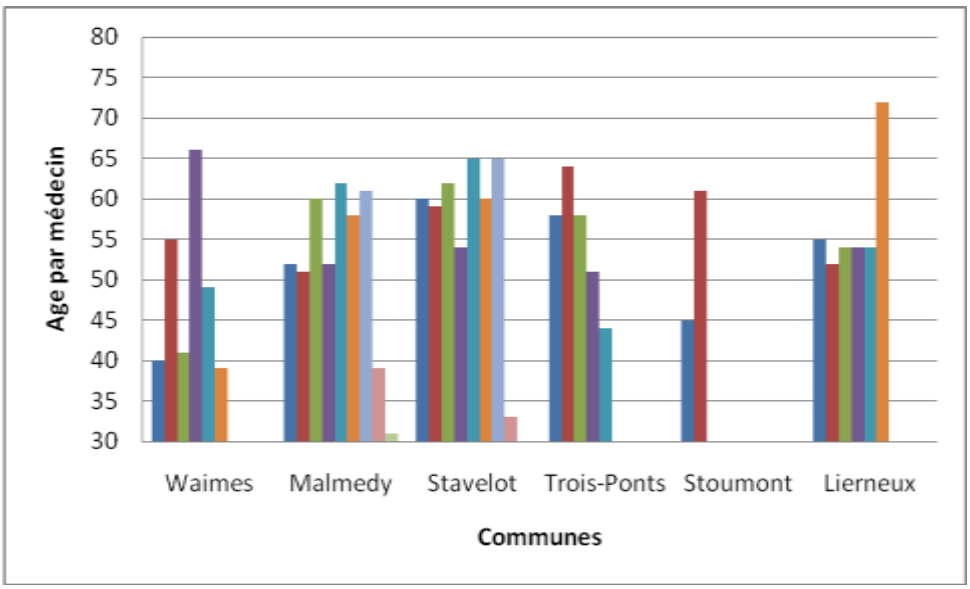
« Quand on voit l'évolution des choses, aujourd'hui, on arrive au numéro de garde unique sans doute pour des raisons de simplification mais cela provoque de la dépersonnalisation! Les gens ne sauront plus à qui ils font appel... »

« On a connu 2 évolutions positives pour moi, c'est la garde de semaine… sinon on était tous de garde, disponibles mais au départ, tout le monde n'était pas d'accord! Deuxième chose qu'on essaie de faire changer, c'est un numéro de garde unique... »

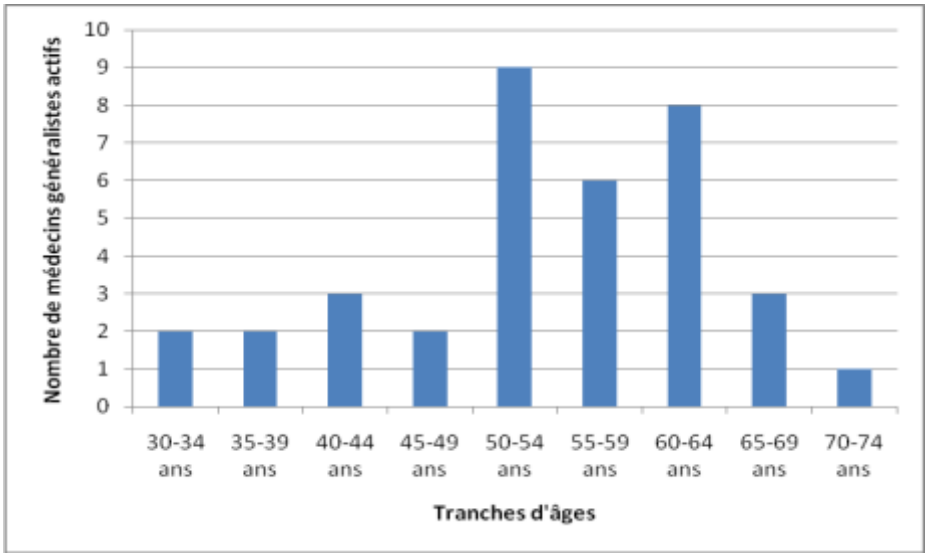
Une inquiétude, présente chez une grande partie des professionnels rencontrés mais pas forcément les médecins eux-mêmes, est l'avancée en âge des médecins. La moyenne d'âge des médecins est de 54 ans, répartis comme suit dans chaque commune :



On peut affiner ce shéma en notifiant tous les âges des médecins par communes et ainsi noter les disparités entre médecins sur chaque commune et sur l'ensemble du territoire :



Sur l'ensemble des six communes, les tranches d'âges varient comme suit :



Les craintes perçues sont donc à moyen terme (environ 10 ans) de connaître une pénurie de médecins généralistes dans notre région (sans relève de jeunes ou de nouveaux arrivants), de voir les médecins restants encore davantage surchargés (progrès de la médecine, vieillissement de la population, situations plus complexes et plus lourdes à domicile),...

Les médecins rencontrés, proches de leur pension, imaginent la plupart du temps aménager leur fin de carrière afin de ne pas « abandonner » leurs patients d'un coup. Ils espèrent pouvoir trouver de la relève et sont la plupart du temps conscients de l'évolution en marche ; vers un travail de collaboration et pluridisciplinaire où la place et le rôle de chaque acteur doit être délimité, connu et reconnu !

Echos du terrain

« Ici, à plusieurs, on a réfléchi pour notre pension… on se prend un 1/2 jour de congé par semaine... et ça fonctionne bien! L'ennui par rapport à la relève, c'est qu'on ne va pas pouvoir "lâcher les gens" comme ça en les renvoyant vers d'autres en sachant que dans 6 mois, les autres feront pareil! »

L'INAMI a mis en place un projet « Impulseo », mettant en avant des zones de pénurie. Dans ces zones, l'INAMI octroie des aides et des incitants pour l'installation de nouveaux médecins généralistes. Le Fonds d'impulsion soutient financièrement la médecine générale depuis plus de cinq ans.
Depuis le 1er avril 2012, « Impulseo » complète ce soutien en intervenant désormais aussi dans :

- la primo-installation des jeunes médecins
- une partie du coût salarial d'un secrétariat pour le médecin individuel
- une partie des frais de télé-secrétariat médical pour le médecin individuel ou en groupement
- l'installation de médecins généralistes supplémentaires au sein d'une nouvelle série de zones

Echos du terrain

« L'avenir, ce n'est plus à moi de le construire... Mais il existe une crainte par rapport à la relève, à la transmission de l'expérience,... la médecine générale a déjà été revalorisée. Depuis 4-5ans, il existe un budget en santé publique pour la médecine générale. Le pouvoir politique va devoir investir la 1ère ligne des soins de santé - ce qui n'est pas encore le cas à l'heure actuelle! »

Dans d'autres régions, des initiatives locales voient le jour. Elles visent à alléger et/ou organiser la charge de travail différemment, notamment lors des gardes (Bastogne), à s'organiser pour travailler de manière commune autour du patient, en association (Spa), de manière pluridisciplinaire (maison médicale) …

Dans notre région, si les indicateurs actuels persistent (notamment avec la combinaison de la pénurie de médecins généralistes, du manque de relève de jeunes médecins, du vieillissement de la population, des progrès de la médecine et de la réduction du temps d'hospitalisation), la répercussion pour le médecin généraliste sera encore une augmentation des demandes et donc de la charge de travail.

De manière générale, l'avis partagé est que la médecine générale connait une évolution importante dans sa pratique et va sans doute devoir s'organiser pour y faire face.

Echos du terrain

« Notre rythme de travail est soutenu. La charge de travail augmente et risque encore d'augmenter notamment par le vieillissement de la population, le grand âge présente plus de polypathologies. De manière assez générale, il y a une augmentation de la demande de soins. Parallèlement à cela, les gens sont de plus en plus exigeants face à la qualité des soins. La nature du contact avec les patients a également changé. »

« Pour la relève, c'est à l'INAMI à se poser des questions... il parle d'une revalorisation au niveau des honoraires mais je pense que ça passe d'abord par une requalification de la profession... Le métier a changé de nature progressivement, sans une rupture brutale... il est donc important de redéfinir le rôle du médecin généraliste aujourd'hui et dans le contexte actuel pour lui, pour son patient, pour ses confrères et les différents professionnels qui gravitent autour. »

« La première qualité du médecin généraliste était la disponibilité; il n'y avait pas de différence entre le médecin et l'homme... on était médecin du 1er janvier au 31 décembre, 365 jours par an à tout heure du jour ou de la nuit...maintenant les choses évoluent… on ne souhaite plus travailler comme cela… »

« …Ce qui poserait problème avec une association … les personnes tomberaient sur n'importe quel médecin alors que la plupart viennent pour un contact particulier… j'accorde aussi de l'importance à ma liberté, à mon cadre de travail ouvert où je peux m'adapter aux patients devant moi! »

Un autre changement reconnu par les médecins est aussi la multiplication des paramédicaux, des travailleurs sociaux,… dans leur champ d'action. Les médecins ne sont plus seuls face à leurs patients et doivent composer avec d'autres intervenants. Le travail de collaboration semble donc primordial face aux difficultés liées au secteur du domicile. Pour l'avenir, un réel travail de réseau va devoir continuer à se développer et en partenariat avec le médecin traitant.

Cependant, celui-ci ne semble pas forcément évident, tant pour le médecin généraliste que pour les différents professionnels. Pour certains, la place et le rôle de chacun doit être défini pour un partenariat efficace. Le travail en réseau, de collaboration entre professionnels apparait comme une des solutions nommées pour relever les défis à venir.

Echos du terrain

« Par rapport aux médecins, il y a souvent un manque de temps! Les médecins paraissent débordés… Pour le patient, on est en demande d'échanges et de partenariat. »

« La collaboration se fait surtout avec les infirmières pour les soins, les pansements… on essaie parfois de faire des visites communes et discuter de l'aide ou des soins… mais ce n'est pas toujours évident… On a aussi des contacts avec les kinésithérapeutes et les assistants sociaux du CPAS. »

« Les collaborations sont variables en fonction des professionnels mais on n'éprouve pas de trop grosses difficultés à ce niveau. La présence de la coordination dans la région a été un réel plus dans les prises en charge multidisciplinaires… »

« La difficulté se marque plus avec certains médecins généralistes. On ressent un manque de considération de leur part! Il n'y a pas d'échanges, de discussions possibles… Notre souhait serait de travailler en collaboration en tenant compte des avis de chacun et du rôle et de la place de chacun dans le respect! On voit un changement, notamment avec l'arrivée des plus jeunes médecins qui ont l'habitude de travailler en collaboration avec d'autres! »

« Le médecin généraliste est à sensibiliser sur les rôles que chaque intervenant du domicile joue. Il existe une méconnaissance de tout le réseau pour le médecin généraliste. Pour lui, il n'y a pas de différence entre l'aide-ménagère et familiale. Du coup, certaines possibilités ne sont pas exploitées comme elles devraient l'être ou comme elles pourraient l'être par le médecin généraliste, qui se trouve souvent perplexe devant l'accroissement du réseau ».

« Le médecin généraliste se trouve de plus en plus dépouillé de ses activités,… donc, je pense que le médecin est en perte d'autonomie. … Aujourd'hui, le rôle du médecin généraliste a complètement changé. Pour être dans la caricature, il y avait le médecin, le curé et l'instituteur... maintenant ces différentes fonctions doivent retrouver leur place et le médecin aussi! Il n'est plus celui qui détient le savoir... Il doit composer avec son patient et les autres professionnels. »

« On s'aperçoit que les médecins généralistes collaborent de plus en plus... Je dirais qu'il y a déjà une évolution à ce niveau-là : avant on était demandeur d'informations,... maintenant ça va un peu plus dans les deux sens, même si ce n'est pas encore le top. Ca dépend aussi de la personnalité et de la manière de faire du médecin... »

De plus, différents facteurs voient également la charge de travail du médecin généraliste augmentée. La nature des soins est variable et se complexifie, notamment à cause du vieillissement de la population, des situations psycho-sociales et/ou psychiatriques à domicile, la diminution des durées d'hospitalisation, des progrès de la médecine… Face à cela, le médecin généraliste doit s'adapter.

Echos du terrain

« La charge de travail augmente à cause des hospitalisations qui deviennent de plus en plus courtes et non pas tellement parce que le nombre de médecins généralistes diminue. C'est ce qui pose le plus de problèmes : des situations de plus en plus complexes arrivent au domicile, alors que ces patients mériteraient une prise en charge plus longue à l'hôpital »

« Ça a fort changé dans le sens où la charge de travail a énormément évolué, comme pour tous les médecins, mais l'évolution se marque aussi au niveau de la prise en charge des patients, on fait beaucoup plus de psychosocial qu'auparavant… En 25ans, la différence est énorme car il y a de plus en plus de cas sociaux, des personnes avec des troubles psychiatriques à domicile… d'où la difficulté de la prise en charge. »

La pratique de la médecine générale est donc en mouvance et va devoir passer par un changement de mentalités, tant de la part des professionnels que des patients. Jusqu'à présent, les patients semblent s'adapter assez facilement à ces changements (numéro unique, système de garde, prise de rendez-vous,…); cela fait partie de « l'éducation du patient ».

Echos du terrain

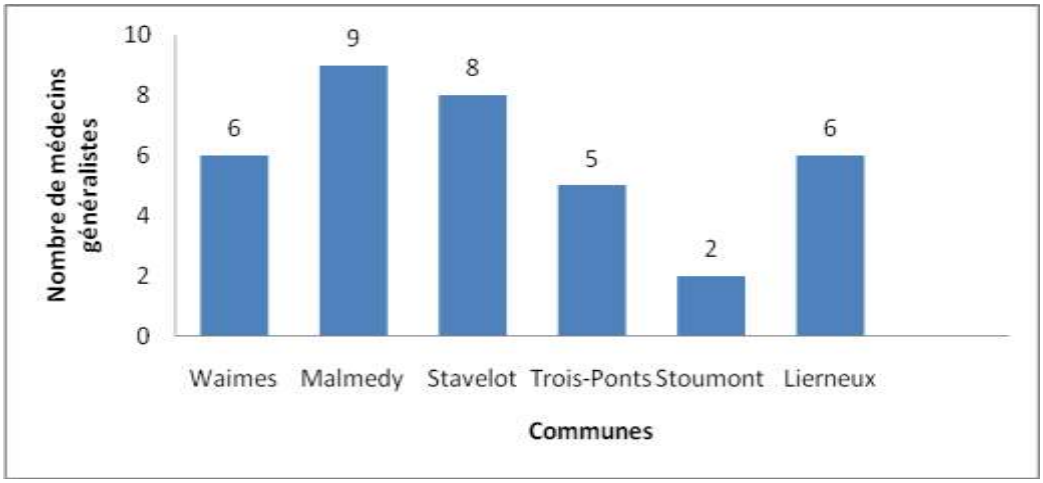
« Les mentalités des patients comme des médecins vont devoir changer. Les patients devront avoir une certaine flexibilité face au monde médical... »

« Je pense que si les mentalités (tant des professionnels que des patients) n'évoluent pas, nous allons connaître une pénurie de médecins très rapidement... Il faudrait que des jeunes viennent s'installer et que, un peu comme nous l'avons fait, ils travaillent aussi en association! »

« Je pensais que le changement au niveau du numéro unique pour la garde rendrait plus de gens mécontents… mais finalement, l'important pour eux, quand ils sont malades… c'est d'avoir un médecin au bout du fil ! J'ai très très peu de retours négatifs… Les gens, je pense, comprennent de plus en plus que le médecin n'est pas que médecin mais a aussi une vie de famille, des loisirs,… »

- **La couverture spatiale.**

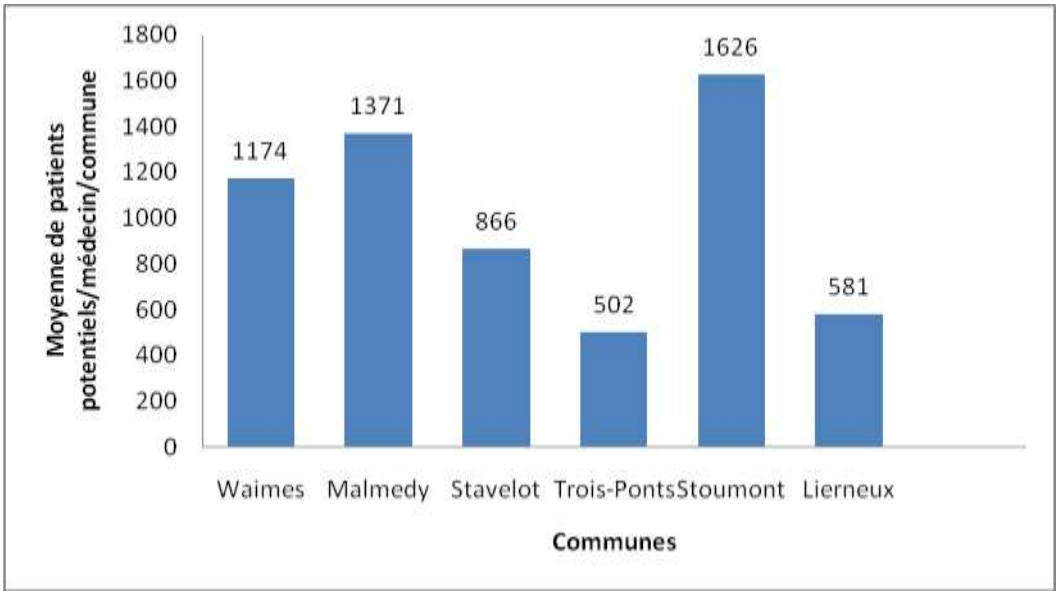
Nous comptons donc 36 médecins généralistes répartis comme suit sur les six communes. Dans ce tableau, nous avons schématisé l'activité des médecins par commune. Dans la pratique, nous savons que les médecins ne s'arrêtent pas aux frontières géographiques et qu'il est courant qu'un médecin, installé dans une commune, s'occupe de patients habitants la commune voisine. Ces tableaux servent donc d'indicateurs. Les médecins sont donc repris ici par commune où se trouve leur cabinet médical.



A Waimes, on dénombre 6 médecins généralistes (1 travaillant à la fois sur Waimes et Malmedy-nous l'avons comptabilisé sur la commune de Waimes). A Malmedy, on trouve 9 médecins généralistes. A Stavelot, on compte 8 médecins. Sur la commune de Trois-Ponts, on compte 5 médecins généralistes. A Stoumont, on chiffre 2 médecins et à Lierneux, 6 médecins généralistes.

En fonction de la densité de population totale des six communes, de manière générale et à temps de travail égal et sans tenir compte de l'activité d'un médecin sur d'autres communes que la sienne, on peut dire qu'à l'heure actuelle, un médecin a en moyenne 988 patients potentiels.

En analysant la densité de population par commune, toujours de manière générale et à temps de travail égal, et sans tenir compte de l'activité d'un médecin sur d'autres communes que la sienne, nous obtenons sur chaque commune la moyenne suivante :



Il faut savoir que de manière générale, en Belgique, l'INAMI a recensé 0.8 temps équivalent temps plein pour 1000 habitants.

- **Le coût**

Le coût lié aux soins de santé en général est particulièrement onéreux pour les patients, surtout en cette période dite de crise où une augmentation du coût de la vie est constatée par chacun.

Pour la médecine générale, des facilitateurs tels que l'application du tiers-payant,… ont été mis en place via les mutuelles en ce début d'année. L'avis des médecins est relativement partagé suite à cette mesure. Pour certains, cela permet un accès à tous aux consultations médicales, une facilité liée au remboursement,… Pour d'autres, l'application systématique (ou en tout cas la diffusion de l'information telle que réalisée par les mutuelles) peut avoir des déviances telles que la surconsommation médicale, la non-reconnaissance de la pratique médicale,…

- **Le regard vers l'avenir**

La prospection liée au métier de médecin généraliste est très variable. Elle semble surtout liée à l'âge et à la personnalité du médecin… Tous s'accordent sur une chose ; la perspective de pénurie en nombre de médecins semble réelle. Cependant, une part des médecins se dit peu concernés : fin de carrière, manque de temps, d'intérêt, souci de continuer à travailler comme ils l'ont toujours fait…

Echos du terrain

« Pour l'avenir, je pense que si les autres prennent leur pension, même si je pense qu'il y aura des nouveaux, on ne va pas remplacer 4-5 médecins… Je lisais que dans toute la province du Luxembourg, il y a eu 2 généralistes en 1 an… même si dans les années à venir, on en a 1 ou 2 dans la région, ce sera bien mais il n'y en a pas 4 ou 5 qui vont arrêter! »

« Par rapport aux médecins généralistes, je ne sais pas quelles sont les solutions futures. Il faudrait déjà avoir des jeunes médecins, prêts à prendre la relève... On constate aussi que les mentalités et la manière de travailler entre les "vieux" et les "jeunes" médecins sont complètement différentes, notamment en termes de collaboration avec les professionnels paramédicaux! On va aussi connaître l'apparition de plus de femmes avec des besoins et désirs différents... Il me semble qu'on va aller vers des associations de médecins... Mais avant même de penser aux solutions pour eux, il faudrait rapidement avoir des jeunes dans la région! »

« Le problème est que les jeunes ne viennent plus... ne souhaitent plus travailler comme nous... On parle beaucoup d'associations, comme à Robertville, même si je ne suis pas demandeur... Je pense qu'il faudra peut-être l'envisager si on veut que des nouveaux médecins s'installent »

« Je suis indépendant et j'ai cet esprit-là, je ne me vois pas travailler autrement même si c'est préconisé partout, pour l'avenir, de se mettre en association. Je veux vraiment garder le mode de fonctionnement actuel même si je crains encore l'augmentation de travail… »

« La médecine évolue, les techniques médicales évoluent également. Mais le rôle du médecin généraliste reste un pilier, un interlocuteur incontournable pour les patients… Les spécialistes sont formés dans leur carcan, mais il existe ce besoin fondamental d'une fonction de simplification et d'intégration, de synthèse, d'interprétation des données qui est assurée par le médecin généraliste. Pour que la fonction continue, il faut la valoriser. Beaucoup de médecins vont moins à domicile, le risque est que ce fonctionnement disparaisse. Les jeunes médecins sont attirés par les spécialités. Il y a une féminisation de la profession. »

Par contre pour d'autres médecins, un changement dans la pratique va devoir être revu et donc des solutions trouvées. Certains professionnels pensent à des groupements de médecins, des associations facilitant ainsi l'accès aux soins, la disponibilité, la pratique en réseau, la concertation pour et autour du patient entre paires, une qualité d'organisation et de vie.

Ce changement se nomme et se réfléchit peu à peu chez certains médecins. Ceci dit, certains d'entre eux ne sont pas intéressés et/ou prêts à cette modification de pratique. Des craintes sont mises en avant telles que la relation aux patients, la multiplication des intervenants, les difficultés du travail en concertation,…

Pourtant, certaines initiatives vont devoir se réfléchir et des solutions voir le jour pour notre région, dans un avenir proche. Sans quoi la médecine générale va perdre en accessibilité, efficacité et en contacts humains ! Les questions reflétées par les professionnels sont : comment attirer des médecins dans notre région ? Que souhaitent-ils ? Comment voient-ils leur pratique pour demain ? Qui est concerné ?...

Echos du terrain

« On entend beaucoup parler d'associations de médecins,... que c'est peut-être l'avenir... je ne sais pas trop... Je pense que ce n'est pas facile à créer, ni à maintenir, que c'est une nouvelle conception du métier tant pour le médecin que pour le patient... »

LES SOINS INFIRMIERS

Tout comme les médecins généralistes, les infirmiers à domicile sont des personnes repères et essentielles pour le maintien à domicile des patients dépendants. De manière générale, le constat par rapport à ces professionnels, tant du côté des patients que des professionnels rencontrés, semble identique : une qualité de soins, un intérêt omniprésent, une disponibilité, une écoute, un contact humain, … Toutes ces qualités paraissent animer au quotidien les infirmiers à domicile de notre région !

Malgré la motivation qui anime ces professionnels, on connaît aujourd'hui, comme dans beaucoup de métiers paramédicaux, des difficultés de recrutement. Le métier est en pénurie (dans tous les secteurs : hospitalier, domicile, institutionnel,…). Le métier d'infirmier à domicile est, selon les professionnels rencontrés, riche en contacts humains et privilégiés mais apparaît aussi comme difficile par la lourdeur des tâches, la solitude et les difficultés émotionnelles vécues dans certaines situations (isolement social, soins de fin de vie, troubles psychiatriques,…)

Nous parlerons essentiellement ici des soins infirmiers de première ligne. Cependant, il faut aussi mentionner qu'une équipe d'infirmière de la plate forme des soins palliatifs exerce sur notre région. Elles sont présentes en soutien, en deuxième ligne, tant pour les bénéficiaires que pour les professionnels concernés.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Sur l'ensemble des six communes concernées, deux « approches » des soins infirmiers existent ; l'une s'organise avec le service de la Croix Jaune et Blanche (dépendant de l'asbl « Aide et Soins à Domicile ») avec, comme spécificité, une équipe d'aides-soignantes associée ; l'autre s'organise sous forme d'équipes d'infirmiers indépendants.

On compte donc trois équipes de la Croix Jaune et Blanche et cinq équipes d'infirmiers indépendants. Le nombre de personnel, dans ces équipes, est très variable et connaît des changements fréquents : au moment de la réalisation des entretiens, on dénombrait environ 50 infirmiers au domicile (indépendamment de leur statut et de leur temps de travail). Une certaine stabilité est néanmoins de rigueur dans les « titulaires » de tournées.

La flexibilité et l'adaptation sont donc des compétences indéniables pour ces professionnels du domicile, tant dans l'approche organisationnelle que celle du soin au patient. Dans les équipes d'infirmiers indépendants, un certain nombre de professionnels ont le statut d'indépendant complémentaire.

Echos du terrain

« Comme les demandes des patients ont continué à augmenter... et que l'on veut continuer à donner de l'importance au temps chez les gens... on a maintenant 2 renforts... »

« Dans notre équipe, on travaille à 3 « titulaires » et puis… on a 2 infirmiers sous le statut d'indépendant complémentaire qui viennent nous aider… »

« Par rapport à l'équipe des aides-soignantes (projet pilote jusqu'en décembre 2011)…, je pense aujourd'hui qu'on ne saurait plus s'en passer ni pour les patients, ni pour l'équipe d'infirmiers… On connaît un manque de personnel infirmier et donc c'est vraiment une aide indéniable pour soulager les tournées et pour le patient, elles ont plus de temps,… pour elles, la toilette est le soin principal! »

Leur mode de fonctionnement diffère au point de vue essentiellement organisationnel. Cependant leurs manières de faire sont sensiblement identiques.

Echos du terrain

« La charge administrative, qui n'est d'ailleurs pas reconnue, via la paperasse pour les mutuelles, la facturation, mais aussi le téléphone, les rapports,… est conséquente et nous demande beaucoup de temps. »

Les soins infirmiers reprennent des soins légers (toilettes, injections, prises de sang, …) aux soins plus complexes (soins palliatifs, dialyse à domicile, pansements,…). Ils se basent donc sur la nomenclature INAMI. Dans la nomenclature, certains soins manquent, en lien avec les problématiques rencontrées au domicile : la gestion des médicaments, la prise en charge de patients désorientés, certains soins d'hygiène …

Echos du terrain

« Etendre le rôle de l'infirmière... je veux parler notamment de la gestion médicamenteuse, toilette/habillement/accompagnement des personnes désorientées,…tout n'est pas pris en compte dans notre nomenclature… ce qui crée parfois des flottements dans la prise en charge… même chose pour les aides familiales… Qui fait quoi ? Ou plutôt qui peut faire quoi ? »

Pour l'évaluation des besoins de soins, en vue de l'accord mutualiste et donc des remboursements des patients, les infirmiers utilisent l'échelle de Katz. Cette échelle permet une évaluation restrictive des besoins rencontrés à domicile et non une évaluation globale de la situation des patients.

Echos du terrain

« Par rapport aux infirmières, l'échelle de Katz ne correspond pas toujours au besoin réel des gens…Alors qu'on nous en demande de plus en plus à domicile, on ne sait pas appliquer les soins par rapport à notre nomenclature... il faudrait revoir cela! »

« Pour les infirmières, la nomenclature pose parfois souci... (Échelle de Katz). Elle est à la fois nécessaire car permet d'éviter la surconsommation, de poser des limites mais la contrainte est qu'on s'éloigne parfois des besoins réels de la personne! »

De manière générale, l'organisation des soins infirmiers se passe en deux tournées par jour : l'une le matin (d'environ 7h à 14h) et l'une en soirée (d'environ 17h à 19h). Le nombre de patients rencontrés oscille entre 15 et 20 par tournée le matin et environ 10 le soir. La charge de travail des infirmiers à domicile est variable mais la plupart du temps conséquente !

Echos du terrain

« Les demandes sont assez variables mais on en a toujours assez… Le nombre de demandes, de manière générale, ne fait qu'augmenter et je pense chez tout le monde. La nature des demandes est aussi en évolution, plus de soins spécifiques, de situations "lourdes" à domicile »

D'un commun accord, ces professionnels s'accordent à dire que la charge de travail augmente ces derniers temps. Ce sentiment est à la fois dû à l'augmentation des demandes et, en même temps aux situations et/ou soins de plus en plus complexes. Ce constat semble en lien avec le vieillissement de la population, les soins à domicile de plus en plus développés et performants, la réduction du temps d'hospitalisation, le manque de disponibilités dans les maisons de repos, …

Echos du terrain

« Les temps d'hospitalisation sont réduits, donc les personnes reviennent plus dépendantes à domicile. En soi, ce n'est pas trop grave, là où il existe une réelle difficulté, c'est que c'est souvent mal préparé!!! On se retrouve avec des prescriptions mais sans les médicaments, soins,… »

« Les dernières années, les demandes augmentent. Les causes perçues seraient le fait que les maisons de repos à Malmedy sont complètes et fonctionnent avec des listes d'attente, la réduction du temps d'hospitalisation,… Plus de personnes ont besoin d'infirmières à leur sortie d'hospitalisation. De plus souvent ces situations sont lourdes car elles n'ont pas encore retrouvé leur autonomie, elles sont moins autonomes à leur sortie... et le vieillissement de la population est en cause également»

«Les demandes augmentent… on a de plus en plus de personnes au domicile car c'est leur souhait, mais également à cause du manque de places en maison de repos. De plus, la nature des demandes évolue également avec beaucoup plus de complexité dans les soins, nouveautés spécifiques (dialyse, alimentation parentérale,...). Je pense qu'on va aller de plus en plus vers des hospitalisations à domicile! Il faut dire que le domicile est aussi mieux connu, que les durées d'hospitalisation ne laissent parfois pas le choix à des prises en charge plus complexes à domicile... Dans cette perspective, le travail en collaboration est important car seule on n'arrive pas souvent à quelque chose! »

« Avant on avait beaucoup d'injections et de toilettes, maintenant on est confronté à des situations plus lourdes, des soins plus complexes… Cela est aussi dû aux durées d'hospitalisation plus courtes! On se retrouve à domicile avec des patients moins autonomes, demandant plus de soins,... L'évolution se marque aussi quant à la charge de travail, tant physiquement qu'émotionnellement, pour les infirmières (manutention, soins palliatifs,...) »

« Le nombre est difficile à quantifier mais de manière générale, c'est le sentiment qu'on a à cause notamment des sorties d'hôpital précipitées, du manque de places en maison de repos et de l'augmentation de l'âge de nos patients …beaucoup plus de personnes âgées qu'avant! »

Malgré cela, la disponibilité, le contact humain et l'écoute font partie de leur préoccupation. Ils sont, très régulièrement, le relais vers la mise en place d'autres services tels que la coordination, les aides familiales… Au-delà des soins, ces professionnels développent souvent une relation privilégiée et de confiance avec la personne. La disponibilité et la flexibilité sont vraiment des mots clé pour la pratique infirmière à domicile.

Echos du terrain

« L'important est vraiment de prendre le temps (même si on court beaucoup) et de garder une certaine souplesse… comme on les voit tout le temps, on s'arrange facilement avec les gens (et ça va dans les 2 sens). On a une connaissance aigüe de nos patients, de leur mode de vie,... On est vraiment proche d'eux, on les accompagne! »

« L'important est la qualité de soins et l'écoute, ça fait partie du soin! On rentre vraiment dans un contact privilégié avec le patient… certains nous considèrent comme la famille! On est là tous les jours pour eux! »

« Pour nous, un travail de qualité passe par le savoir être et pas seulement par le savoir-faire… on apprécie de prendre le temps avec les patients. »

« Le domicile est la prise en charge globale (médicale, environnementale,...) de la personne! Ca ne s'arrête pas à une injection, une toilette ou un soin! L'important est la globalité de la prise en charge! »

Les infirmiers sont facilement joignables et prêts à l'action d'un jour à l'autre. Les délais d'intervention sont donc courts. La disponibilité est une qualité indéniable du métier d'infirmière à domicile.

Echos du terrain

« On intervient dans les situations du jour au lendemain (ou même du matin au soir). La difficulté est parfois d'intercaler le patient dans la tournée et surtout pour les autres patients... »

« La prise en charge infirmière du patient se fait dès le lendemain de la demande.»

Dans la pratique infirmière, une nouvelle manière de fonctionner a vu le jour ces derniers mois ; les dispensaires de soins (prises de sang, soins,…). On connaît dans notre région deux nouveaux dispensaires infirmiers (Waimes et Stavelot), gérés par les infirmières indépendantes. Cela permet de proposer une meilleure offre aux patients mais également de décharger les tournées des infirmiers à domicile. Ces nouveaux centres sont vraiment en lien étroit avec le domicile. Ils sont peut-être une nouvelle approche, une première initiative dans un changement des pratiques des professionnels de la santé et peuvent donc ouvrir de nouvelles perspectives pour d'autres !

Echos du terrain

« Depuis quelques mois, on fonctionne aussi avec le dispensaire: ouvert le mardi, jeudi et samedi et sur rendez-vous… ça permet à certains patients de se déplacer, de décharger les tournées… mais ce n'est pas faisable pour tous les patients. »

« On fonctionne depuis 6 mois en association depuis l'ouverture du dispensaire de soins. L'association permet une organisation de travail plus simple entre nous, diminue la surcharge de travail (notamment administrative,...) et amène un confort personnel. On fait une réunion 1 fois par mois pour s'organiser… Notre particularité est qu'on fait comme on veut, on fait souvent le choix de prendre le temps nécessaire. Par rapport à notre charge de travail (même si elle est de manière générale importante), on essaie toujours de trouver un équilibre! Car il s'agit de la qualité de nos soins et c'est super important pour nous! »

La formation continue est une problématique, notamment pour les infirmières indépendantes. Leur souci de formation est bien présent pour faire face à des nouvelles pratiques, pour suivre l'évolution des soins… Pour les infirmières indépendantes, ces moments de formation ne sont pas valorisés.

Echos du terrain

« On connaît déjà (et ça va continuer) des demandes de plus en plus spécifiques (plaies, dialyse,...) d'où l'importance de la formation continue. Ici, chaque infirmière doit se former x heures par an. »

« Donner de l'importance à la formation continue des infirmières, au recyclage. Les formations sont faites dans les hôpitaux, pourquoi pas pour les infirmières du domicile ? Il serait nécessaire d'organiser des formations spécifiques, pendant l'après-midi, de 14 heures à 16 heures, entre deux tournées. Formation sur les pansements, la réanimation cardio-pulmonaire, rappel d'hygiène,… »

« Le temps de formation qui n'est lui non plus, pas reconnu mais indispensable dans notre pratique. Nos situations sont de plus en plus complexes - on doit rester au courant! »

- **La couverture spatiale**

Les équipes d'infirmiers à domicile semblent relativement équivalentes en nombre sur l'ensemble des communes, au minimum deux par commune. Le libre choix du patient est donc toujours possible (sauf indisponibilité d'une équipe, due à la surcharge de travail).

Nous comptons donc 8 équipes d'infirmiers réparties comme suit, sur les six communes (cfr tableau ci-dessous). Comme pour les médecins, nous avons schématisé leurs activités sur les communes les plus investies par les équipes afin de donner une vue d'ensemble. En réalité, nous savons qu'il est possible qu'une équipe soit active dans les communes limitrophes et de manière non proportionnelle. Le tableau sert donc uniquement d'indicateurs.

A Waimes, 2 équipes sont actives : la CJB secteur de Malmedy avec 1 tournée et une équipe d'infirmières indépendantes avec 3 tournées ainsi que la gestion du centre infirmier.

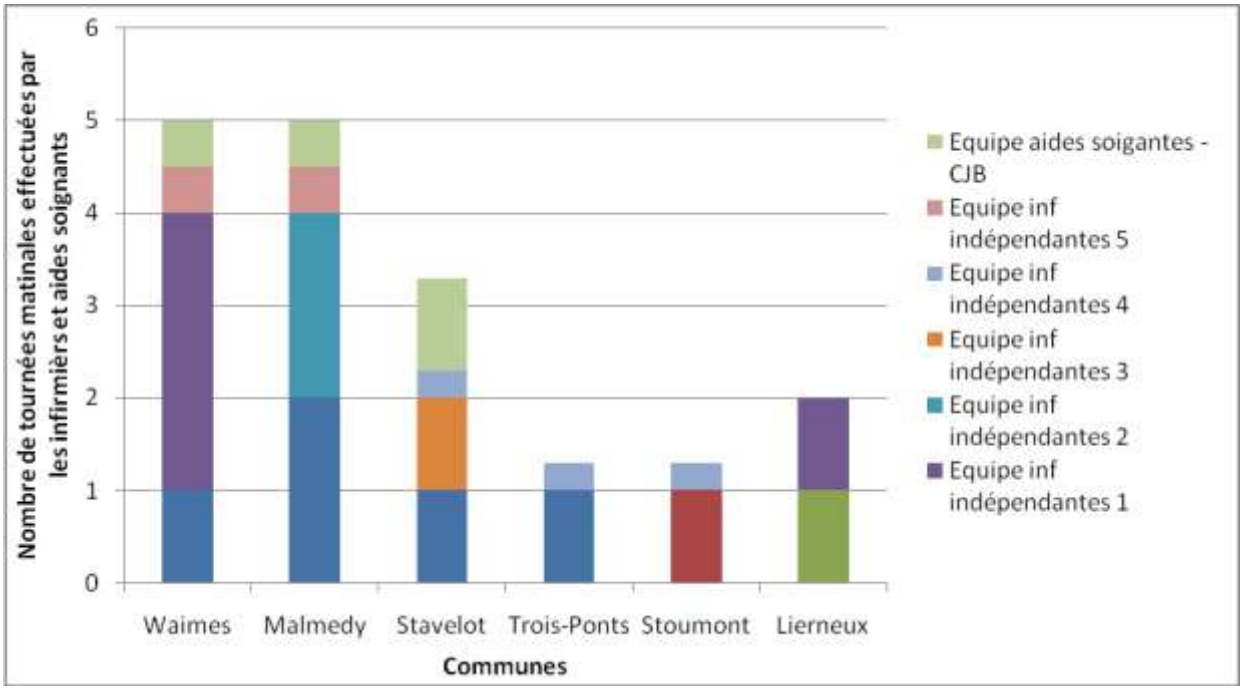
A Malmedy, on recense 3 équipes : la CJB secteur Malmedy avec 2 tournées infirmières et 1 tournée aide-soignante (sur Malmedy et Waimes), 2 équipes d'infirmières indépendantes avec pour l'une 1 tournée sur les « hauteurs de Malmedy et Waimes » et pour l'autre 2 tournées.

A Stavelot, on compte 3 équipes : la CJB secteur Malmedy avec 1 tournée infirmière et 1 tournée aide-soignante, une équipe d'infirmières indépendantes avec 2 tournées (Stavelot et Francorchamps) ainsi que la gestion du dispensaire de soins et une autre équipe d'infirmiers indépendants (aussi sur Trois-Ponts et Stoumont).

A Trois-Ponts, 2 équipes sont en activité : la CJB secteur Malmedy avec 1 tournée et une équipe d'infirmières indépendantes avec 1 tournée (aussi sur Stoumont et Stavelot).

A Stoumont, 2 équipes se croisent : la CJB secteur Spa avec 1 tournée et une équipe d'infirmières indépendantes avec 1 tournée (aussi sur Trois-Ponts et Stavelot).

A Lierneux, on dénombre 2 équipes : la CJB secteur Houffalize-Bastogne avec 1 tournée et une équipe d'infirmières indépendantes avec 1 tournée.



Les distances parcourues par les infirmiers à domicile sont souvent importantes, même si leurs tournées sont réfléchies pour réduire leurs déplacements. C'est en tout cas, comme pour d'autres professionnels, une composante importante de leur métier ! En hiver, ces distances paraissent encore plus difficiles et augmentent encore leur temps de travail et pour certains, le stress lié à la pratique !

Une facilité liée à notre région, par contre, est la sécurité ! Aucun professionnel, exerçant dans notre région, n'a mentionné avoir un sentiment d'insécurité… alors que certains le nomment clairement pour les collègues exerçant dans des zones urbaines (notamment Verviers et Bastogne). La convivialité et la connaissance interpersonnelle tiennent encore un rôle important dans le sud de l'arrondissement de Verviers. Cependant, un sentiment d'insécurité peut être ressenti en lien avec les pathologies rencontrées chez certains patients (troubles psychiatriques,...). Ce sentiment est évidemment accru lorsqu'il y a méconnaissance de la situation et/ou problématique vécue(s) par la personne.

Echos du terrain

« Les filles ont plus de facilité à travailler ici… c'est vrai que les distances sont longues et que l'hiver est parfois rude… mais de manière générale, le coin est tranquille ! »

« Comparé aux collègues de Verviers, on ne connait pas de sentiment d'insécurité… ni le soir, ni quand on se relève la nuit… Tout le monde connait l'infirmière dans nos villages… c'est plus facile. »

- **Le coût**

Deux approches sont envisagées dans la prise en charge du coût des soins infirmiers à domicile : l'application ou non du système tiers payant. Des conventions existent entre les équipes d'infirmiers et les différentes mutualités. Dans ces cas-là, le système tiers payant est d'application.

De manière générale et plutôt systématique, les équipes facturent selon ce système afin de faciliter l'accès aux soins de leurs patients.

Comme pour les médecins, et plus particulièrement pour les infirmiers indépendants, la charge de travail administrative pour les infirmiers à domicile est conséquente et demande aussi un investissement en temps. La différence se marque essentiellement à ce niveau-là, d'un point de vue organisationnel, entre les équipes d'infirmiers indépendants et les équipes de la CJB (qui sont organisées avec un secrétariat).

- **Le regard vers l'avenir**

Les infirmiers du domicile ont une charge de travail importante, comme mentionné précédemment. Leur vision pour les soins infirmiers de demain est relativement ambivalente. La motivation pour leur métier, le soin aux patients, la qualité du soin et de la relation sont pour eux de réels moteurs. Ils se retrouvent donc dans une perspective positive. Cependant, de manière opposée à cette motivation, les infirmiers à domicile (comme la plupart des professionnels de la santé) sont souvent surchargés, épuisés face aux nombres de patients dans leur tournée et à la complexité des soins et des maintiens à domicile, parfois aussi face à l'exigence grandissante de certains patients.

Echos du terrain

« Le côté relationnel avec le patient : on entend beaucoup de choses, on devient des confidents... On est souvent la personne "déclencheuse" pour mettre d'autres aides en place... On essaie au maximum d'avoir ce point de vue global de la personne et de ne pas s'arrêter à l'injection ou au soin prescrit … quand la personne nous l'autorise évidemment! »

« Le travail à domicile est un travail lourd et solitaire même si l'équipe est présente en soutien et en relais… Certaines journées sont parfois épuisantes. »

« Notre charge de travail s'amplifie! On a tout le temps le sentiment d'être débordée…Je pense que cela provient des situations plus lourdes, plus importantes… On maintient plus à domicile ! Par exemple, quand il y a des demandes d'entrée en maison de repos, ça peut encore durer des mois... Donc, malgré les professionnels et les patients, il existe des maintiens à domicile en attendant… alors que la situation est vraiment très difficile. Par rapport au métier d'infirmière à domicile, c'est un métier physiquement lourd … et plus lourd qu'auparavant par des situations plus complexes mais aussi plus difficiles nerveusement … les patients sont plus exigeants.»

De plus, la pénurie du personnel soignant se fait également particulièrement sentir au domicile. Beaucoup d'équipes sont à la recherche d'effectifs de façon quasi-perpétuelle. De manière plus globale, le métier d'infirmier devrait être revalorisé et d'avantage reconnu ! En effet, la politique actuelle va vers des retours plus rapides à domicile (avec des personnes d'avantage dépendantes), des maintiens à domicile plus complexes, des soins à domicile performants et spécifiques,… (tout cela, notamment dans une logique financière en lien avec les coûts des séjours en institution!) mais sans compensation pour les professionnels du domicile. Une pénurie de personnel est déjà connue.

La crainte pour l'avenir est que, liée à cette pénurie, on connaisse également un épuisement dû à la difficulté, lourdeur du travail !

Dans notre région, on rencontre des infirmiers du domicile particulièrement motivés, qui aiment leur métier et leurs patients, qui travaillent dans un souci du bien-être mais aussi de la concertation avec les autres professionnels… Une vigilance particulière devra être maintenue quant à la relève de ces professionnels afin de ne pas tomber dans la même difficulté que les médecins généralistes, surtout pour les infirmiers indépendants !

LA KINÉSITHÉRAPIE.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Les kinésithérapeutes exercent pour la plupart à la fois à domicile et dans leur cabinet. Certains exercent également en institution (maisons de repos, hôpitaux, …)

Ils aident les personnes avec des difficultés de mobilisation, respiratoires, d'affections cardiovasculaires,… A domicile, leurs patients présentent souvent des dépendances physiques et sont généralement des personnes âgées.

Le kinésithérapeute est donc présent pour maintenir ou revaloriser les ressources et la capacité d'autonomie de leurs patients. Leur travail encourage, stimule le patient dans la poursuite d'un mieux-être.

En parallèle avec le travail du kinésithérapeute, la présence d'un ergothérapeute peut s'avérer utile voire indispensable dans certaines situations. Celui-ci va pouvoir, en collaboration avec la personne, sa famille et les autres professionnels, aménager le domicile. Nous y reviendrons plus longuement ultérieurement dans la partie « aménagement du domicile ».

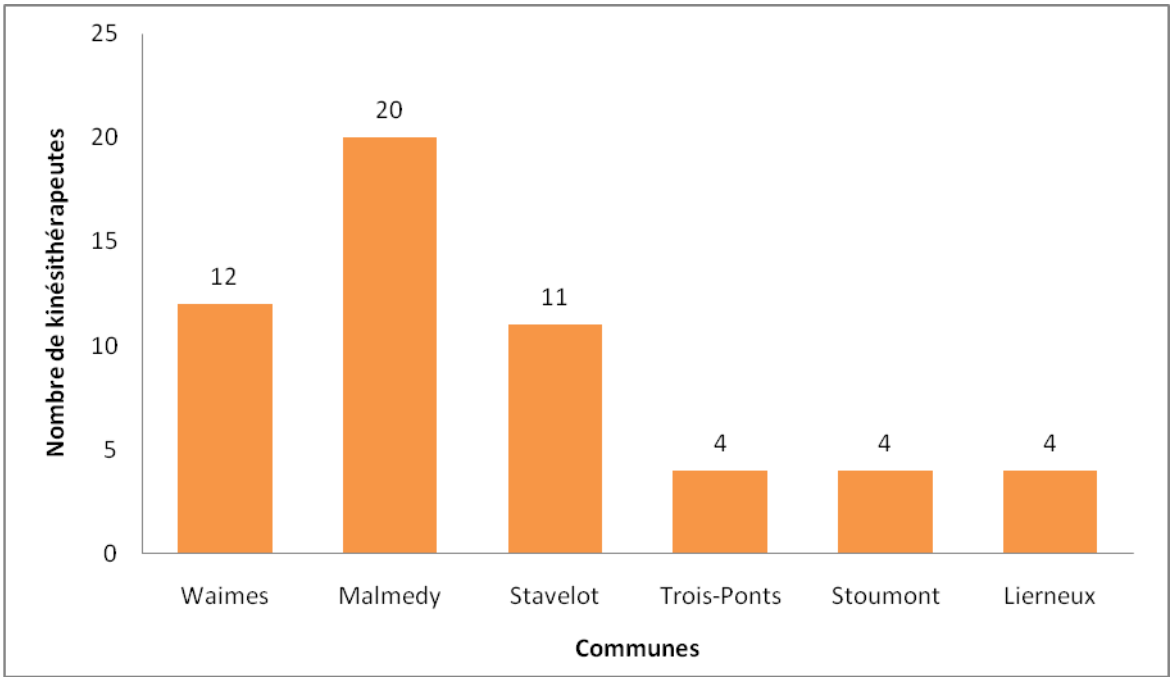
Le délai d'intervention des kinésithérapeutes est relativement rapide (environ 3-4 jours). La bonne pratique veut que, si le délai d'intervention est trop long, le kinésithérapeute renvoie le patient vers l'un de ses confrères.

La charge de travail est, pour la plupart, conséquente. Le travail au domicile augmente évidemment celle-ci.

Dans notre région, on peut constater que le travail de collaboration avec les kinés est peu mentionné par les professionnels (excepté les médecins généralistes). Un travail de réseau doit sans doute se faire car leur travail est indispensable dans l'aide et les soins apportés à domicile.

- **La couverture spatiale**

Dans notre région, nous avons comptabilisé 55 kinésithérapeutes. Ceux-ci sont répartis comme suit dans les différentes communes. Nous les avons localisés sur la commune où ils ont établi leur cabinet. Tout comme l'ensemble des professionnels, ils ne s'arrêtent pas aux limites communales dans la prise en charge de leurs patients. Ils connaissent un périmètre d'activité professionnelle aux alentours.



- **Le coût**

Les prestations de kinésithérapie doivent être prescrites par un médecin. Il faut donc fournir une prescription médicale et être en ordre de mutuelle. Généralement, les kinésithérapeutes fonctionnent également avec le système du tiers payant.

L'AMENAGEMENT DU DOMICILE

L'organisation de certains maintiens à domicile ne pourrait exister sans le prêt de matériel. Ces services sont donc incontournables, car l'achat de matériel médicalisé est extrêmement onéreux. Le prêt de matériel recouvre un grand nombre d'éléments : il va de la béquille au lit et matelas adaptés. Ces services permettent donc, via l'obtention de matériel, de sécuriser une personne ou d'organiser une prise en charge médicale à domicile.

En parallèle à ces services de prêt, des services d'ergothérapie émergent ces dernières années. Ils connaissent un succès grandissant au niveau des demandes d'aménagement du domicile. En effet, ils prodiguent des conseils permettant d'aménager le domicile pour prévenir des situations à risques ou d'adapter le domicile suite à des changements physiques.

Echos du terrain

« L'aménagement du domicile est un service en pleine évolution ; les ergothérapeutes donnent des conseils et analysent les lieux de vie pour permettre une adaptation… Les demandes ne cessent d'augmenter »

« Ce type de demandes va continuer à augmenter, de par le vieillissement de la population, le nombre limité de places en institution… même s'il faut garder à l'esprit que le domicile a aussi ses limites!!! Les demandes vont aussi évoluer quant à leur nature : des prises en charge de plus en plus lourdes, des sorties d'hospitalisation précoces d'où une autonomie moindre de la personne et donc le besoin à la fois de matériel adéquat et des conseils... La présence est aussi un élément important dont il va falloir tenir de plus en plus compte: l'entourage est souvent moins présent auprès des personnes âgées de par leur travail, les lieux de vie différents, les préoccupations autres,… et donc les personnes âgées ou dépendantes feront plus vite appel aux aides extérieures. Selon ce que je perçois, il va y avoir une évolution des modes de vie et des mentalités: une adaptation devra se faire dans les deux sens tant au niveau du fonctionnement de service que des personnes demandeuses. »

Ces services s'organisent au niveau des mutuelles et sont gratuits. Cependant, ils connaissent des listes d'attente importantes et donc des délais relativement longs. Ils couvrent, à quelques-uns, des régions gigantesques. Certains ergothérapeutes se lancent également comme indépendants.

Au niveau ergothérapeutique, une reconnaissance est faite via l'INAMI pour l'octroi de conseils d'aménagement du domicile et la réalisation d'un bilan. Cependant, aucune reconnaissance n'est encore faite par rapport à l'aide, à l'apprentissage de la manipulation de ces nouveaux matériels ou au maintien de certaines fonctionnalités dans les gestes quotidiens à domicile.

Une autre difficulté, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans, est l'apport financier demandé pour ces aides techniques. Certes, les services de prêt fonctionnent mais pour du matériel « habituel ». Dès que le matériel devient plus spécifique, le coût est élevé.

Echos du terrain

« Beaucoup de personnes auraient besoin d'une aide financière pour l'aménagement du domicile, les personnes de plus de 65 ans… c'est à partir de cet âge que l'AWIPH n'intervient plus… Ils sont alors en difficulté car les aides techniques sont très chères. »

Habituellement, ces services d'aménagement du domicile travaillent avec les services de prêt de matériel. Cependant, une collaboration élargie avec d'autres services pourrait améliorer le travail de chacun auprès de la personne.

Echos du terrain

« Il existe un manque flagrant de collaboration avec les autres professionnels du secteur… On travaille souvent en vase clos. On tente déjà de répondre à toutes les demandes dans les temps. »

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Dans notre région, les services de prêts sont majoritairement organisés par les différentes mutuelles et la Croix-Rouge. Certaines pharmacies sont également mentionnées dans cette activité.

Ces dernières années, les mutuelles ont considérablement étendu leurs offres de prêt de matériel à domicile. Elles offrent un service à coût réduit avec des avantages considérables pour leurs affiliés. Les difficultés résident plutôt dans la livraison du matériel et la disponibilité de celui-ci. En effet, les services de prêt de matériel gèrent des stocks importants sur des régions étendues où la demande est variable et en évolution. Les délais de livraison peuvent donc être plus importants malgré une attention toute particulière à ce sujet au niveau des gestionnaires de service. La gestion du matériel via les services de mutuelles se fait donc sur des arrondissements, provinces voire plus. Le petit matériel peut, cependant, être disponible dans les bureaux régionaux des mutuelles. Malgré, leur nombre grandissant de matériel, ces services ne peuvent pas encore répondre à toutes les demandes.

Echos du terrain

« Dans le sud, on essaie de regrouper au maximum les livraisons… on y va 1à 2 fois par semaine … sinon dans les milieux ruraux, les habitants ont encore le réflexe de proximité via la Croix-Rouge ou via les pharmacies alors que parfois ils passent à côté d'avantages importants (gratuité,…). »

« La difficulté c'est quand on ne sait pas répondre à la demande (plus de matériel - délai trop long-…) … on a augmenté considérablement l'enveloppe budgétaire pour le matériel! D'ailleurs cette année, on a reçu une enveloppe avec un budget illimité car les demandes sont en augmentation constante et il faut pouvoir y répondre... »

« Le prêt de matériel est en expansion, se développe de manière importante les dernières années en lien avec les demandes de plus en plus importantes »

Comme services de proximité, les maisons Croix-Rouge, présentes sur les 6 communes, maintiennent une offre en prêt de matériel indéniable. Les livraisons sont organisées de manière différentes d'une maison à l'autre ; en fonction de la demande et de la disponibilité des bénévoles, certains jours en semaine,… Les délais sont donc variables pour la personne demandeuse en fonction de chaque organisation. Les personnes peuvent toujours, lors des heures d'ouverture, passer emprunter du « petit » matériel.

Echos du terrain

« Pour le prêt de matériel, il y a un manque d'information, on possède du nouveau matériel. On a réalisé un investissement important dans le service: l'année passée, on a connu une période où on refusait des demandes par manque de moyens et donc on a augmenté le nombre de matériel disponible… les demandes sont variables et irrégulières d'où la difficulté de gérer un stock et répondre aux besoins. Les mutuelles ont maintenant quasi toutes leur prêt de matériel avec des prix avantageux mais sont souvent indisponibles… on est alors présent "en urgence" ou quand les délais sont trop longs. »

- **La couverture spatiale**

Sur l'ensemble des 6 communes, on retrouve à la fois les maisons Croix-Rouge compétentes, les services via les mutuelles et les pharmacies.

- **Le coût**

Le coût est variable tant au niveau des services que du type de matériel emprunté. Il est donc impossible de donner une estimation.

Une fois encore, le coût pour l'emprunt d'une béquille ou même d'un lit semble accessible. La difficulté survient, cependant, lorsque la personne accumule tant les différents matériels que les aides/soins à domicile, ce qui est généralement le cas.

- **Le regard vers l'avenir**

Avec le prêt de matériel, nous sommes confrontés à la mise en place de « mégastructures » où la personne est moins identifiable. Cependant, les services tentent de rester vigilants et de répondre à la demande dans des délais respectables. La distance entre ces centres « délocalisés » et les habitations des personnes demandeuses dans les zones rurales peut néanmoins poser certains problèmes.

Face à cela, les maisons Croix-Rouge continuent à maintenir un lien personnalisé et de proximité avec leurs moyens plus « limités ».

LA SANTE MENTALE

Comme pour toute maladie, les patients souffrant d'une pathologie mentale sont souvent vus d'abord par leur médecin de famille avant d'être éventuellement réorientés vers un spécialiste. Si la définition de santé de l'OMS est très claire (la santé est un état de bien-être physique, mental et social), le diagnostic de pathologie psychiatrique peut être ardu pour les généralistes du fait du manque d'examens complémentaires permettant de l'orienter (biologie, imagerie).

Dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, les intervenants de première ligne (infirmières, aides familiales, aides ménagères,…) sont souvent confrontés aux premiers signes de décompensation du patient. Il est donc indispensable à tous les acteurs du secteur ambulatoire d'être préparés et formés à la détection de ces signes précurseurs.

Quant au traitement, il peut se révéler particulièrement difficile du fait du manque de compliance au traitement parfois inhérent à certaines maladies. Nous constatons là également toute l'importance du suivi du patient par les prestataires de première ligne et les difficultés engendrées par les lois de nomenclature imposées par l'INAMI, par exemple concernant la surveillance de la prise des médicaments chez le bénéficiaire.

Dans l'offre en matière de santé mentale, on constate un manque flagrant, vécu par l'ensemble des professionnels. Outre le centre de guidance situé à Malmedy, il n'existe pas d'autres services de santé mentale sur l'ensemble des six communes ; aucun SPAD n'est réellement actif. Aucune consultation psychiatre n'est actuellement accessible sur le territoire.

Un certain nombre de psychologues consulte de manière privée mais avec, comme inconvénient, des coûts de consultations relativement importants. Une psychologue travaille également à la plate forme des soins palliatifs et peut donc intervenir, dans ces situations, sur notre territoire. De plus, de puis un an, « La Navette » propose également des suivis psychologiques pour les personnes âgées.

Dans cette matière, comme services institutionnels, notre région connaît des initiatives d'habitations protégées. Ces services éprouvent une réelle difficulté pour leurs bénéficiaires dans le relais et l'accompagnement au domicile. Des relais existent mais sont limités.

Nous développerons donc ici essentiellement le centre de guidance.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Le Centre de guidance de Malmedy, nommé l'Asbl L'Espoir, est un service de santé mentale agréé et subsidié par la Région wallonne. Il a pour mission de rencontrer les problèmes de santé mentale à un niveau ambulatoire.

Le Centre de guidance est :

- un lieu de consultation où l'on peut s'informer, demander un avis auprès d'un spécialiste de la santé mentale
- un lieu d'échanges entre professionnels et personnes intéressées à la santé mentale
- un organisateur d'activités diverses visant l'information, la prévention, la sensibilisation et l'éducation dans le domaine de la santé mentale
- un lieu de formation et de supervision pour les personnes et groupes intéressés. L'équipe du centre de guidance consacre 20% de son temps de travail à donner des formations aux acteurs du domicile, en particulier aux aides familiales.

Le Centre reçoit les enfants et leur famille, les adolescents, les adultes et les couples. Il dispose en outre d'une mission spécifique d'accompagnement des personnes âgées.

Echos du terrain

« On rencontre des personnes désireuses de parler de la maladie, et souvent de la mort… Les personnes de cette génération n'ont pas pour habitude de faire appel à un psychologue – ce n'est pas dans leurs mœurs … »

La mission spécifique «personnes âgées » s'adresse aux patients de plus de 60 ans, présentant une dépendance importante. Les psychologues du Centre de guidance sont régulièrement interpellés pour des situations diverses, que ce soit à domicile ou en maison de repos, pour des personnes bénéficiant de soins palliatifs, pour parler de la mort, de leur maladie. A domicile, ils offrent également un soutien aux aidants proches. En effet, ceux-ci ont des besoins spécifiques : décoder la personne malade, ajuster leur niveau d'aide, trouver un lieu d'écoute pour leur permettre de poursuivre leur aide sur le long terme. Les bénéficiaires qu'ils prennent en charge sont demandeurs d'une rencontre hebdomadaire, mais il leur est impossible de répondre à cette demande, vu leur charge de travail et le manque de personnel. Ils ne peuvent donc leur proposer un soutien qu'une fois toutes les trois semaines environ.

Echos du terrain

« Parfois, il arrive que les bénéficiaires refusent de l'aide à domicile. Mais ils ne me considèrent pas comme un prestataire, il n'y a pas d'acte technique… les demandes viennent régulièrement de l'aidant proche… les rencontres le soulagent également…. »

« Nous rendons visite aux bénéficiaires essentiellement l'après-midi, la matinée étant le plus souvent réservée aux toilettes, aux soins et à l'entretien du domicile… »

- **La couverture spatiale.**

Le Centre couvre les communes de Malmedy, Waimes, Stavelot, Stoumont, Lierneux, Trois-Ponts et Spa, mais les psychologues assurent les demandes jusque Vielsalm. Ils répondent également aux demandes des résidents des maisons de repos.

Echos du terrain

« Nous regroupons les visites en fonction des lieux de résidence des personnes demandeuses… Les distances à parcourir entre chaque bénéficiaire sont importantes et il faut en tenir compte afin de rentabiliser au maximum les plages horaires dont nous disposons pour les patients… »

- **Le coût**

La consultation au Centre revient à 10€. Si l'équipe du centre de guidance se rend à domicile, le coût pour le bénéficiaire est de 12€ (2€ supplémentaires pour le déplacement). Les allocataires sociaux bénéficient de la prise en charge à 5€ par consultation.

Echos du terrain

« *Un souci majeur reste d'actualité : l'hospitalisation coûte cher. Il est donc essentiel pour l'avenir de réfléchir l'organisation du secteur ambulatoire de façon cohérente. Un renforcement de la première ligne est nécessaire. La difficulté rencontrée, lors de la prise en charge d'un patient psychiatrique, est de l'adresser à un psychiatre. Les médecins généralistes ne savent vers qui se tourner, aucun psychiatre n'est installé dans la région. Des services psychiatriques à domicile, tels que « La Trame » existent, mais n'ont pas assez de moyens financiers, ce qui a des conséquences en termes de personnel. Pour « la Trame », il est donc impossible d'assurer un suivi pour les patients du sud de l'arrondissement. »*

- **Le regard vers l'avenir**

Un problème important aux yeux des prestataires du Centre de guidance est le vieillissement des personnes présentant des troubles psychiatriques. En effet, on ne veut pas en maison de repos de patients psychiatriques âgés (tolérance difficile des autres pensionnaires). Ces personnes restent donc à domicile avec une difficulté importante de prise en charge. Elles nécessitent souvent des hospitalisations répétées. Un aller-retour incessant entre hôpital et domicile, des prestataires de soins différents à chaque prise en charge et un réel manque de transversalité dans la prise en charge.

Pour le bénéficiaire, tout repart à zéro lors de son hospitalisation. Prise en charge par des prestataires différents en institution, anamnèse difficile, sortie précoce entraînent parfois un retour à domicile précaire, dans des conditions loin d'être optimales.

Echos du terrain

« Ce qui manque au sein du service de guidance est un travailleur social, qui serait l'interface entre les personnes, bénéficiaires et autres soignants ».

Il y a un changement du profil des personnes qui sont prises en charge en dehors de la mission spécifique. Le centre de guidance reçoit de plus en plus de demandes d'accompagnement de personnes alcooliques et toxicomanes. La connaissance de l'offre de service proposée fait exploser la demande pour le suivi de ces patients. Les demandes sont moins élaborées, les bénéficiaires sont en attente d'une disponibilité immédiate et de résultats rapides.

Le projet 107 souhaite donner une réponse à une partie de ce problème épineux, en envoyant des équipes mobiles à domicile. Ne faudrait-il pas cependant accentuer la prise en charge du bénéficiaire par les services déjà existants, en renforçant leurs moyens d'actions, en leur permettant d'engager plus de personnel ? Un renforcement de la première ligne semble indispensable.

Echos du terrain

« C'est là toute la faiblesse du projet 107 dans les zones bénéficiant de peu de moyens dans le secteur de l'aide et des soins dédiés à la santé mentale. Les acteurs du domicile auraient besoin d'être renforcés. Ça ne devrait pas être l'hôpital qui va vers le domicile, mais au contraire, un soutien efficace aux prestataires du domicile et un renforcement des moyens alloués à ceux-ci. »

Pour les acteurs du Centre de guidance, le projet « protocole 3 » est plus que nécessaire. Le projet « Navette » qui offre un soutien psychologique, diététique et des conseils en aménagement du domicile prend une dimension importante dans ce contexte et dans les régions du sud de l'arrondissement, où la paupérisation des services de santé mentale ne permet pas d'offrir à la population un service suffisant.

L'offre en place ne suffit pas à répondre à la demande !

Echos du terrain

« Il y a un réel souci de pérennité dans la suite de la prise en charge. Qui prendra notre relais quand nous arriverons en âge de nous pensionner ? Nous prenons en charge certains bénéficiaires depuis plus de 15 ans. Qu'adviendra-t-il de la qualité et de la continuité des soins lorsqu'un jeune psychologue prendra le relais ? Ce n'est pas en quelques jours qu'il pourra comprendre toute la finesse de la relation qui s'est tissée entre nous, psychologues, et nos bénéficiaires depuis toutes ces années ! C'est le souci de l'éternel recommencement. »

3.2.2. Offre liée aux activités quotidiennes

LES AIDES FAMILIALES

Le métier d'aide familiale est d'une importance cruciale dans le maintien à domicile des personnes malades ou en perte d'autonomie. Elle apporte son aide dans les actes quotidiens (toilettes d'hygiène, entretien du domicile, courses, préparation des repas, …) mais joue également un rôle relationnel, social et est présente pour soulager l'entourage du bénéficiaire.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

On dénombre sur les six communes de l'arrondissement trois services d'aides familiales : l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural), l'ASD (Aide et Soins à Domicile) et le SAFPA (Service d'aide aux familles et aux personnes âgées).

Les bénéficiaires requérant une aide familiale sont pour la plupart des personnes âgées, en perte d'autonomie (70% des cas), mais également des personnes isolées, souffrant de pathologies psychiatriques, ainsi que des familles précarisées, monoparentales, ou confrontées à des problèmes d'éducation des enfants.

Les tâches dévolues à l'aide familiale sont de plus en plus larges. Au départ souvent confondues avec les aide-ménagères, leur formation leur permet de pourvoir à un large éventail de besoins, et veillent à stimuler l'autonomie du bénéficiaire.

Echos du terrain

« Leurs tâches ne s'arrêtent pas à l'entretien du domicile ou à faire les courses, les aides familiales assurent de plus en plus de tâches administratives auprès des bénéficiaires… Certaines aides familiales passent 2 heures chaque semaine à s'occuper du courrier et des factures de familles en difficulté !»

« Même les repas fournis par des services tels que le CPAS ne sont pas suffisants : il faut donner à manger aux personnes, ou veiller à leur couper la viande… Un repas livré à domicile ne signifie pas que la personne est capable de le manger ! »

« Les aides familiales sont en première ligne pour déceler les signes de décompensation chez les malades souffrant de pathologies psychiatriques. Elles sont un relais indispensable pour les autres professionnels de la santé. »

Il y a une dizaine d'années, il était courant que les aides familiales prestent 4 heures par jour chez un même bénéficiaire, parfois plusieurs fois par semaine. Aujourd'hui, les bénéficiaires connaissent de prestations de plus en plus fractionnées dû notamment au coût des services, à la multiplication des demandes,… Les prestations des aides familiales chez un même bénéficiaire sont d'une à deux heures par jour, réduisant leur service aux tâches essentielles (toilettes, courses,…), et réduisant également le côté relationnel de la profession.

Echos du terrain

« L'image de l'aide familiale est souvent dévalorisée, pourtant nous faisons bien plus que du ménage… »

Depuis quelques années, les services d'aide aux familles constatent une augmentation de la demande. Ils éprouvent souvent des difficultés à répondre aux besoins des bénéficiaires.

Tout d'abord, en terme de personnel : la formation des aides familiales et des aides-soignantes débute par un « tronc commun » : les étudiants suivent le même cursus, puis optent pour la qualification d'aide familiale ou choisissent d'entreprendre une année supplémentaire afin d'obtenir le diplôme d'aide-soignante. La profession d'aide-soignante est prisée par les candidates, le travail en institution les rassure (travail en équipe, place fixe, attrait de la « blouse blanche »,…). Le recrutement est donc difficile pour ces services, qui prennent en charge bon nombre de stagiaires et s'investissent dans leur formation pour finalement ne pas pouvoir les engager, celles-ci se tournant vers la profession d'aide-soignante.

Un autre problème freinant la réponse à la demande est le quota d'heures imposé par la Région Wallonne. Les prestations d'une aide familiale se limitent à 14 heures par semaine chez un bénéficiaire. Cette limite présente de bons côtés : les aides familiales remplissent pleinement leur rôle et ne s'en tiennent pas aux tâches d'entretien, qui sont alors déléguées aux aides-ménagères. Cette limitation soulève également la question de savoir si un maintien à domicile est réellement possible, lorsque le bénéficiaire a besoin de s'entourer d'autant de prestataires autour de lui… Le coût de ces services n'est pas négligeable !

Enfin, la réponse à la demande fluctue également en fonction des périodes de l'année. Il est plus difficile pour les services d'assurer la présence d'une aide familiale lors des périodes de congés (fêtes de fin d'année et grandes vacances). Le staff d'aides familiales étant souvent insuffisant pour assurer les remplacements des collègues et assurer des prestations similaires au reste de l'année auprès des bénéficiaires.

Echos du terrain

« Parfois, nous n'avons pas de solutions, il faut annuler la prestation chez le bénéficiaire… Il y a également des choix qui s'imposent, comme donner la priorité à un malade en soins palliatifs. Mais il n'y a jamais de solution adéquate dans ces cas-là »

Différents facteurs peuvent expliquer cette augmentation des demandes et ce fractionnement du travail: le réseau familial est moins présent (rythme de vie, déplacements, travail des femmes,...), le vieillissement de la population, mais également l'augmentation du coût de la vie. Le sentiment est parfois que le domicile doit pallier à différentes choses comme les sorties d'hôpital beaucoup plus rapides, l'évolution des certaines pathologies (Alzheimer, démences séniles,…)

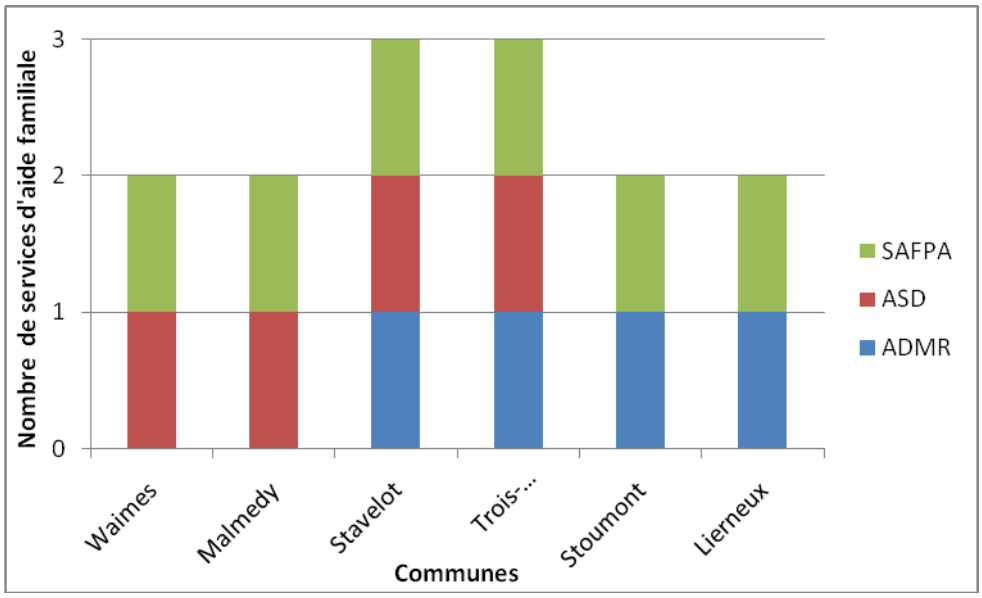
Un problème majeur rencontré, hormis le désir de plus en plus prononcé des personnes de rester chez elles, est le manque de places en institutions ou en centres de jour… La spirale dans laquelle se trouvent les bénéficiaires dépendants est sans fin : un besoin grandissant en matière d'aide et de soins à domicile, dans des conditions semblables aux situations rencontrées en institutions de soins (autonomie du patient fortement diminuée, incontinence, nutrition par sonde,…) et peu -ou pas- de possibilités de répit.

Echos du terrain

« Pour les personnes âgées, l'aide familiale est une aide fonctionnelle sans laquelle le maintien à domicile serait impossible. Mais il n'est plus question pour eux –ou alors de façon exceptionnelle- de leur demander de prendre le temps de se promener avec elles, ou de prendre un café et de discuter… »

- **La couverture spatiale**

L'ensemble des six communes est desservi par les services d'aides familiales de l'ADMR, l'ASD et du SAFPA. En voici la répartition géographique.



Les prestations des aides familiales sont aussi influencées par la distance à parcourir entre les lieux de vie des bénéficiaires. Alors que dans les grands centres urbains, elles perdent peu de temps entre deux prestations, le nombre de bénéficiaires qu'elles peuvent prendre en charge dépend également du kilométrage à parcourir. En hiver, les aides familiales rencontrent parfois des difficultés à se rendre chez eux vu les conditions météorologiques qui rendent les trajets peu sûrs.

Echos du terrain

« Les aides familiales qui sont sous ma responsabilité me font part de leur peur de prendre la route lorsqu'il neige ou qu'il y a du verglas… Pourtant, elles ne voudraient pas travailler en ville, à cause du trafic dense qui y règne. »

- **Le coût**

En Région wallonne, le prix d'une heure de travail d'une aide familiale demandée à la personne aidée varie entre 0,87 euros et 7,81 euros. Ce prix est fonction de la situation familiale, du nombre de personnes à charge et des revenus nets mensuels du ménage.

Malgré les tarifications calculées en fonction des revenus du bénéficiaire, ceux-ci sont parfois amenés à demander une réduction des prestations de leur aide familiale. Les services constatent, par exemple, une diminution de la demande lors des périodes de grand froids (le bénéficiaire privilégiant l'achat de mazout).

Le service reçoit en plus un subside par heure prestée de la Région Wallonne. Chaque service possède un quota d'heures à effectuer par année. Celui-ci pose parfois problème et semble être revu à la hausse.

Sur certaines de nos six communes, des collaborations avec le CPAS existent. Il intervient alors, à hauteur de quelques cents par heure, pour les habitants de sa commune faisant appel aux services d'aides familiales.

Echos du terrain

« Vu le coût des prestations, les bénéficiaires s'en tiennent bien souvent à demander aux aides familiales d'effectuer les tâches essentielles requises, courses ou préparation du repas… Aux oubliettes les demandes de sortie, de promenades… »

- **Le regard vers l'avenir**

Bien que souvent confondues avec les aides-ménagères, les aides familiales occupent désormais une place de choix auprès des personnes dépendantes ou des familles en difficulté. L'évolution de leur rôle social est sans conteste l'un des faits le plus marquant relevé au cours de notre étude.

Témoins du quotidien de la personne prise en charge à domicile, elles sont un relais incontournable pour les autres prestataires. Souvent consultées par les infirmières ou les médecins pour s'assurer de la compliance du patient au traitement, elles sont également bien souvent les premières à les alerter en cas de problème ou de signes de décompensation du bénéficiaire.

Le métier d'aide familiale, enrichissant tant pour elles-mêmes que pour les bénéficiaires, est un métier difficile et en constante évolution. Les moyens dégagés pour leur permettre d'assurer leurs prestations dans des situations de plus en plus complexes semblent insuffisants. Le vieillissement de la population, la prise en charge des patients psychiatriques au domicile (et la crainte pour bon nombre d'entre elles de l'avènement du projet 107) ne font qu'accroître la complexité du problème.

Les aides familiales se sentent souvent désarmées face à de telles situations et évoquent un manque de formation, qu'elles jugent nécessaires à une prise en charge efficace. Il n'est pas rare pour les services d'envoyer dans des situations difficiles des aides familiales chevronnées, leur expérience leur permettant d'y faire plus aisément face.

Echos du terrain

« On nous demande d'intervenir dans des familles en difficultés, souvent en présence d'enfants… Ce sont vraiment les situations les plus difficiles et complexes, on est souvent très tracassé et on se sent impuissant face à ces situations… Parfois, il faudrait des éducateurs! »

Le problème de leur responsabilité est également souvent évoqué : où se limite la prise en charge des aides familiales, surtout quand le bénéficiaire est peu entouré ?

Echos du terrain

« Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de normes, de règles en vigueur... Avant, on pouvait mettre un sparadrap ! On agissait suivant le bon sens... Aujourd'hui, et je sais que c'est aussi pour protéger le travailleur, mais on se sent souvent et très vite limité dans notre possibilité d'action, d'aide à la personne... »

De plus, les aides familiales effectuent à l'heure actuelle de plus en plus de prestations dites inconfortables ; en soirée et le week-end. Ces prestations sont réservées aux aides indispensables (repas, aide au lever et/ou coucher,…). Une augmentation de ces demandes est aussi mentionnée. A l'avenir, les aides familiales pensent que ces prestations « exceptionnelles » feront partie intégrante de leur plage horaire car seront indispensables dans les maintiens à domicile plus complexes de demain.

Echos du terrain

« J'ai l'aide familiale qui vient préparer mon repas le dimanche… Heureusement, parce qu'on ne sait pas avoir de repas chaud, le dimanche. Et puis, ça me fait une visite sur mon week-end… ce n'est pas négligeable. »

« Je pense qu'étant donné les situations de plus en plus complexes, on va avoir une augmentation des heures inconfortables… Avant, on en avait déjà beaucoup moins. »

Au cours de cette étude, nous avons pu appréhender toute la richesse et la complexité de ce métier, souvent dévalorisé. L'aide familiale est pourtant un acteur essentiel du maintien à domicile de la personne. Polyvalence, écoute, accompagnement sont le quotidien des aides familiales. Une des clefs qui permettrait d'augmenter l'attrait pour la profession serait de revaloriser financièrement cette fonction, mais également de mettre l'accent sur la formation initiale et continuée. En effet, beaucoup d'aides familiales se sentent concernées par la prise en charge des patients psychiatriques et s'y sentent mal préparées.

LES AIDES MENAGERES

Le métier d'aide-ménagère est, lui aussi, essentiel dans le secteur de l'aide à domicile. Ces professionnels rencontrent un nombre considérable de personnes. Cependant, on se rend vite compte du manque de considération et de valorisation apportée à cette profession. Faire le ménage, la lessive, de petits travaux de couture, veiller à l'hygiène du logement… apparaissent comme évidents dans les tâches à réaliser par les aides ménagères. Mais au-delà de ces tâches, les aides ménagères réalisent bien souvent un travail de lien, personnalisé et de proximité trop souvent oublié mais qui se révèle primordial pour les personnes aidées.

Echos du terrain

« Ce sont des services qui "tournent", capitaux dans notre région pour maintenir des liens, de la proximité,… et pour aider les personnes âgées à répondre à leur désir de maintien à domicile. »

- **Les acteurs et leurs pratiques**

En ce qui concerne les aides-ménagères, on dénombre 14 services effectuant des prestations sur le territoire des 6 communes. Ces services sont des organismes publics (essentiellement CPAS) et privés (services d'aides, entreprises à finalité sociale, agence intérim,…). La plupart de ces services travaillent avec des aides-ménagères payées par titres-services. Seuls les CPAS de Waimes et Stoumont possèdent encore des équipes que les personnes rétribuent en fonction de leurs revenus.

De manière assez générale, les services publics et services d'aides rencontrent davantage un public âgé ou avec des ennuis de santé que les agences intérim ou les entreprise à finalité sociale.

Echos du terrain

« Au CPAS, nos bénéficiaires ont généralement plus de 65 ans ou sont des personnes avec des soucis de santé. Il est rare d'avoir des demandes de personnes de moins de 65 ans… Je pense que nous avons au moins 95% de personnes âgées »

« Nous (entreprise à finalité sociale), nous avons deux types de profils; les personnes actives environ 65´% de notre clientèle et les personnes âgées avec environ 35%. »

Une aide-ménagère va, en moyenne, réaliser 2 à 3 prestations par jour. Le nombre varie souvent en fonction du temps de prestations, de la tranche horaire et de la fréquence souhaitée par la personne mais aussi du lieu de l'habitation. Les déplacements sont généralement décomptés de leur temps de prestations et restent, pour certaines, problématiques. Leur temps de travail s'effectue du lundi au vendredi en journée.

Echos du terrain

« Les aides ménagères travaillent par tranche de 2 ou 4 heures. Dans les villages, donc quand les déplacements sont plus longs, c'est automatiquement 4h, que ce soit toutes les semaines ou tous les 15 jours. Généralement, on trouve un arrangement entre les besoins de la personne et les moyens du service. »

« On demande un minimum de prestations de 3h tous les 15jours… pour l'organisation du service et pour la facilité de travail des aides ménagères »

Les tâches réalisées par les aides ménagères sont essentiellement du ménage, de la lessive et du repassage. Cependant, via les titres services, les aides ménagères peuvent aussi faire les courses, les repas,… Chaque service pose ses limites et fonctionne donc différemment. Certains ne font exclusivement que du ménage, d'autres réalisent les courses, les repas, voire de l'accompagnement. La définition des tâches est donc variable d'un service à l'autre et parait nébuleux pour les bénéficiaires.

Echos du terrain

« On ne sait pas bien dire ce qu'elles peuvent faire ou pas… Est-ce qu'elles peuvent faire les fenêtres, les plafonds ? Pourtant, ce se sont pour ces tâches que j'aurais besoin de quelqu'un… ou pour des travaux plus lourds… on ne sait pas trop à qui on peut demander… »

Dans le secteur de l'aide à domicile, il n'est pas toujours simple, pour les personnes aidées, de différencier les aides ménagères des aides familiales… La réalisation de ces tâches alimente encore davantage cette confusion. Cependant la formation de base et l'approche de la personne/de la situation sont très différentes. Il parait donc essentiel de pouvoir créer des collaborations entre ces services afin que chacun puisse être respecté et considéré dans son propre rôle.

Echos du terrain

« Les aides ménagères n'ont pas de formation à la base. Elles réalisent les tâches ménagères, couture et repassage mais peuvent aussi faire la préparation des repas et les courses… d'où parfois la confusion avec les aides familiales qui ont une formation d'accompagnement... Les limites doivent être claires même si sur le terrain, ce n'est pas toujours si simple!»

« Les aides ménagères font exclusivement le nettoyage courant - c'est différent des entreprises en titres services… elles ne font pas de courses, pas de repas, pas de repassage,… Normalement, on essaie de programmer des réunions mais en réalité, c'est difficile à organiser… »

« Nous avons des collaborations avec les services AF, souvent on constate que c'est le service AF qui nous renvoie des demandes car elles ne portent exclusivement que sur du nettoyage. Nous, une fois qu'on connaît un bénéficiaire, on reste la plupart du temps dans la situation, c'est rassurant pour la personne, et on travaille en collaboration avec le service AF. On est ensemble auprès de la même personne avec des tâches bien spécifiques. »

« Les tâches sont le nettoyage et le repassage, pas de courses ou de préparation de repas, on fait alors le lien avec service d'aides familiales mais les personnes souhaitent souvent garder notre aide-ménagère également car un lien privilégié s'est créé; c'est des prestations fixes avec la même personne, au même moment ... tandis que les aides familiales, c'est beaucoup plus variable! »

Un mode de fonctionnement identique à tous les services est la récurrence tant au niveau de la fréquence, de l'horaire que du professionnel. Cela permet, selon tous les services, de créer un lien privilégié, une relation de confiance… Cependant, dans des situations plus complexes, ils s'accordent également sur la difficulté pour le travailleur de poser ses limites ou de ne pas connaître des épisodes d'épuisement.

Echos du terrain

« Chaque aide-ménagère a entre 5 et 10 clients fixes! Il y a la possibilité de remplacement si le client demande! Les horaires sont fixes; c'est une facilité tant pour le travailleur que pour le client. »

« Le service est personnalisé : c'est toujours la même qui fait la même place. Elles ont « leur gens », préviennent si elles sont malades ou en vacances »

« C'est la même aide-ménagère avec le même bénéficiaire, ce qui crée un contact privilégié tant pour le travailleur que le bénéficiaire… évidemment ça a ses côtés positifs mais aussi, parfois, négatifs dans certaines situations. »

Tous les acteurs rencontrés s'accordent sur le fait que, malgré les limites posées, le côté relationnel reste important auprès de certaines personnes aidées. Les aides ménagères sont donc confrontées à des situations difficiles et manquent parfois de relais (familial, d'équipe, de supervision). Un sentiment de solitude et d'épuisement émotionnel est évoqué par plusieurs d'entre elles.

Echos du terrain

« Le premier prétexte est souvent le ménage,… mais on découvre vite des demandes d'accompagnement, de présence,… »

« Le plus difficile est souvent les problèmes relationnels, de dépendance (alcool,..) ou de poser des limites chez certaines personnes âgées. »

« Dans tous nos services, l'accent est mis prioritairement sur la qualité, la personnalisation et la proximité du service proposé. Chaque travailleur, au besoin, va faire le relais vers nous si une personne est en difficulté, a besoin d'aide pour une démarche administrative,… Le personnel des services est un relais, un indicateur pour les personnes. L'important est surtout de penser au bien-être de la personne! Le ménage, les courses,… sont souvent des prétextes... alors que l'encadrement, la présence sont des éléments essentiels de leur travail. L'esprit de service est capital! »

L'encadrement des équipes d'aides ménagères est variable d'un service à l'autre… mais peut parfois être inexistant. Certains effectuent toujours une visite à domicile avant l'entrée en fonction de l'aide-ménagère, d'autres ne le font pas. Pourtant, l'encadrement, le suivi et la formation de ces professionnels semblent indispensables tant pour la bonne continuité du service que pour les bénéficiaires.

Echos du terrain

« Le CPAS essaie à la fois de répondre à une demande de service à la population mais via ces services, crée aussi de l'emploi. Une importance toute particulière est donc accordée à la valorisation de ces métiers souvent peu reconnus alors que les travailleurs font un travail considérable! Ce sont des métiers difficiles tant physiquement que psychologiquement. Le ménage est souvent le dessus de l'iceberg avec des problématiques beaucoup plus personnelles derrière; solitude, dépression, autres difficultés. Souvent, une vraie relation de confiance se tisse entre le professionnel et la personne aidée… d'où l'importance que le professionnel puisse avoir un lieu d'échange et de supervision. »

« Avant, on effectuait systématiquement une visite à domicile… pour se rendre compte de la situation, où l'aide-ménagère allait tomber… parfois, quand la situation le nécessitait, on faisait directement appel aux équipes d'aides familiales… car ce n'était pas la place de l'aide-ménagère ou en collaboration avec l'aide familiale… Aujourd'hui, pour des raisons essentiellement financières, on ne réalise plus ces visites d'office... on sait alors moins communiquer avec l'aide-ménagère sur ce qu'elle va ou sur ce qu'elle vit chez telle ou telle personne… ça en va de la survie du service… »

A côté de cette charge émotionnelle possible, il existe aussi une lourdeur physique dans ce métier. Les aides ménagères sont confrontées à des tâches physiques et répétitives.

Echos du terrain

« Elles connaissent aussi des difficultés physiques au travail… Il est donc très difficile d'assumer un temps plein… »

« De manière générale, c'est un métier peu valorisé alors que très important et utile pour beaucoup, difficile physiquement »

Selon les professionnels, la demande en aide-ménagère a considérable évolué les dernières années. Cette évolution est expliquée par l'émergence de l'offre en titres-services, et donc du coût plus accessible pour toute personne, mais aussi par la difficulté du réseau familial de prendre le relais auprès de la personne âgée (travail, dispersion familiale,…), le vieillissement de la population. La plupart des services rencontrés possèdent des listes d'attente. Le délai d'attente semble difficile à quantifier car il est aléatoire et imprévisible. La difficulté d'obtenir une aide-ménagère est bien présente (surtout à certaines périodes de l'année).

L'absentéisme des professionnels (maladies, « burn out »…) peut parfois être problématique car les remplacements sont très difficiles. De plus, les difficultés de recrutement sont également connues dans ce secteur d'activités.

Echos du terrain

« O*n se rend compte que les enfants assument de moins en moins car travaillent, ne peuvent plus assumer certaines tâches pour leurs parents »*

« Le recrutement est difficile car les demandes et l'offre ne correspondent pas toujours…En plus, les critères d'engagement de l'entreprise sont serrés : il faut maximum un tel diplôme, ne pas avoir travaillé x temps,…! La motivation des personnes est parfois difficile à gérer. Depuis création de l'entreprise, on est en perpétuelle évolution, environ 15% par an »

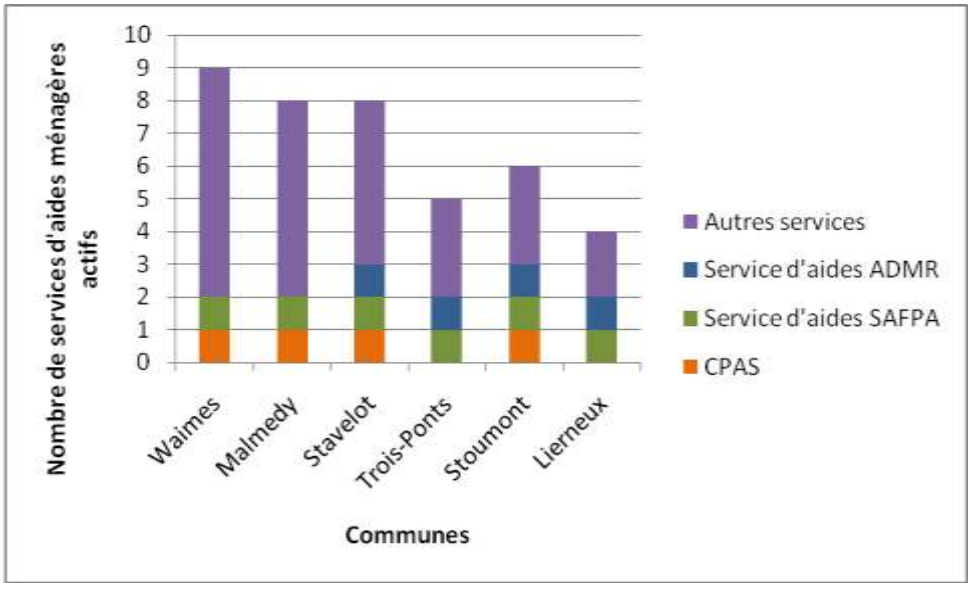
« On a toujours une liste d'attente même si les demandes sont relativement variables… Si nous n'avons pas la possibilité de répondre dans les délais à la demande, on renvoie vers d'autres services »

« En 20 ans, la demande a triplé. Nous, on l'explique par l'augmentation de la population vieillissante et par le fait qu'on demande plus facilement qu'auparavant… les relais de la famille se font plus facilement via les services! »

Un constat édifiant lors de nos entretiens est le manque de reconnaissance vécu par ces professionnels. Cette dévalorisation, selon eux, est autant véhiculée par les autres professionnels du domicile que par certains bénéficiaires.

- **La couverture spatiale**

L'ensemble des communes est desservi par des services d'aides ménagères. Plusieurs services effectuent des prestations sur différentes communes.



A Waimes, on compte 9 services : le CPAS, le SAFPA et 7 autres services (entreprises à finalité sociale et agences intérim). A Malmedy, on dénombre 8 services : le CPAS, le SAFPA et 6 autres services. A Stavelot, le nombre de services est de 8 : le CPAS, l'ADMR, le SAFPA et 5 autres services. A Trois-Ponts, les services sont au nombre de 5 : l'ADMR, le SAFPA et 3 autres services. De plus, il existe une collaboration efficace avec le CPAS de Stavelot. A Stoumont, ils sont 6 services : le CPAS (comprenant 2 services, un fonctionnant avec des titres-services et l'autre selon le revenu des bénéficiaires), 2 services d'aides (ADMR et SAFPA) et 3 autres services. A Lierneux, 4 services sont connus : 2 services d'aides (ADMR et SAFPA) et 2 autres services.

- **Le coût**

Comme mentionné, le coût est variable en fonction du mode de fonctionnement du service. Le tarif des titres-services est de 7.50€/h, après déduction fiscale de 5.25€/h. Les services dont les tarifs varient en fonction des revenus oscillent entre 2.50€ et 8.50€/h.

Selon les professionnels, la plupart de ces deux types services sont aujourd'hui déficitaires. La sauvegarde des services d'aides ménagères est donc due à leur utilité et au service rendu à la population dépendante.

Echos du terrain

« Les services du domicile sont en déficit mais la philosophie est de maintenir ces services pour l'ensemble de la population et donc assurer une qualité de service »

« Le service est dépendant financièrement, il n'est pas en équilibre! De tels services pourraient un jour disparaître… ce n'est pas la question de supprimer le service par manque d'utilité (ils fonctionnent tous) mais c'est un souci financier. »

- **Le regard vers l'avenir**

Les services d'aides ménagères semblent un maillon essentiel dans l'aide à domicile. Il est souvent l'un des premiers services auquel la personne en perte d'autonomie fait appel pour l'aider dans ses tâches quotidiennes.

Le coût, tant pour les services que pour les bénéficiaires, semble être une crainte pour la continuité de tels services.

Echos du terrain

« De manière générale, on est plutôt confiant même si le souci à l'avenir sera sans doute l'aspect financier pour les clients... on va vers une augmentation du titre… J'espère qu'il n'y aura pas trop de répercussions pour les travailleurs! »

« Les craintes sont les difficultés connues en fonction des subsides … qui vont encore évoluer les prochaines années… et donc le coût élevé pour le service. Notre spécificité risquerait alors de disparaître avec la qualité du service proposé pour une augmentation des prestations, basée uniquement sur la recherche de l'apport financier! Alors que les situations sont souvent bien plus complexes qu'une simple demande de ménage! On pourrait alors connaître une répercussion sur la prise en charge globale notamment pour la personne elle-même et pour les autres services ainsi que pour la famille! Le défi majeur est donc le maintien de tels services avec un fonctionnement axé sur le service personnalisé et de proximité tant pour les bénéficiaires que pour le personnel, qui se trouverait le cas échéant dans des situations encore plus précaires!»

LE TRANSPORT

Le transport des personnes dépendantes ne paraît pas, à première vue, capital… Et pourtant… Comment se rendre au magasin, à la mutuelle, à un rendez-vous médical, chez le coiffeur, chez un ami… mais peut-être aussi se rendre au chevet de son conjoint hospitalisé ou en maison de repos? Tous ces déplacements, partie intégrante du quotidien de chacun, peuvent s'avérer bien difficiles et avoir un impact important! La difficulté de se déplacer peut, petit à petit, engendrer un isolement social, un repli sur soi… Le besoin de se déplacer est donc important pour la personne en perte d'autonomie.

Echos du terrain

« Le transport et la mobilité des personnes restent des points importants et sensibles dans notre région. »

Par transport, nous entendons le transport non urgent. Nous ne développerons donc pas ici les transports par ambulance.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

En ce qui concerne le transport, nous avons différencié deux types d'acteurs : médicalisé non urgent et non médicalisé.

Les aides familiales peuvent également, dans leur accompagnement à la personne, effectuer ces transports (les deux types). Cependant, elles ne peuvent pas uniquement réaliser les transports : ceux-ci se font en complément d'autres activités auprès de la personne concernée.

Les demandes sont élevées et continuent d'augmenter selon les professionnels rencontrés. A certains moments, les professionnels mettent en avant une saturation de ces services… même s'ils essaient toujours, dans un esprit de collaboration, de trouver une solution pour la personne demandeuse.

Echos du terrain

« On se rend parfois compte que les personnes ont déjà fait le tour de tous les services… mais dès que le délai de transport est plus court… on a parfois difficile de répondre à la demande… »

« Depuis 10 ans que le service existe, les demandes n'ont fait qu'évoluer! De par la connaissance du service, pas de conditions, de plus en plus de personnes seules et dépendantes à domicile, … »

✓ **Le transport médicalisé non urgent**

Il s'agit d'aller à une consultation médicale ou paramédicale. Ces transports sont organisés au départ du domicile vers le lieu de consultation, ou lors des retours d'hospitalisation,... Les personnes demandeuses présentent des difficultés de mobilisation. Ces difficultés ne doivent cependant pas empêcher le libre accès au véhicule sinon un transport en ambulance sera préconisé.

Echos du terrain

« On a décidé d'axer les transports exclusivement pour des rendez-vous médicaux… sinon on n'arriverait pas à répondre à la demande… »

On retrouve ici l'ensemble des acteurs proposant des transports dans notre région. Ces acteurs sont les différentes maisons Croix-Rouge (Malmedy, Stavelot et Vielsalm) actives sur les 6 communes, les CPAS (de Stavelot, Trois-ponts, et Stoumont), différentes associations de volontaires (Aide aux malades atteints du cancer du sud des cantons de l'Est, SOS Dialyse, Fondation contre le cancer,…).

Les véhicules de la Croix-Rouge ainsi que les véhicules des CPAS sont adaptés aux personnes à mobilité réduite.

Echos du terrain

« On a deux types de véhicules… ça permet d'élargir l'offre et de permettre aux personnes à mobilité réduite de se rendre à l'hôpital… on ne doit pas toujours sortir la grande camionnette. »

Pour l'ensemble de ces services, le principe est de réserver le transport dès que possible afin d'obtenir satisfaction. Il est parfois difficile d'allier à la fois le rendez-vous ad hoc et le transport médicalisé non urgent.

Les différences entre ces services se marquent dans le statut des chauffeurs. Via les CPAS, les chauffeurs ont un statut professionnel tandis que via les autres services, ce sont des bénévoles.

Les services s'organisent en semaine et en journée. Certains services peuvent, cependant, s'organiser, à la demande et exceptionnellement, pour faire des transports le samedi (en fonction notamment de la disponibilité des bénévoles).

✓ **Le transport non médicalisé**

Il s'agit de transport permettant aux personnes de faire leurs courses, de se rendre chez le coiffeur, à une activité, à la mutuelle, à la banque. Ces transports s'organisent au départ du lieu de vie des personnes demandeuses (domicile, maisons de repos,…)

On retrouve ici essentiellement les services transport des CPAS. Ceux-ci mettent donc l'accent sur le maintien des liens sociaux via les déplacements des personnes en difficultés. Il opère un véritable travail de stimulation où la personne reste capable de se mobiliser. Dans nos communes à caractère rural où la mobilité n'est pas chose aisée, ces services permettent donc aux personnes demandeuses de continuer à réaliser des activités, semblant toutes banales mais essentielles dans la poursuite d'une autonomie et d'une valorisation de soi.

Echos du terrain

« Il n'y a pas de conditions d'accès particulières… ils peuvent accompagner la personne dans toutes les démarches; rendez-vous médicaux, courses (ou le faire pour la personne et lui amener!), coiffeur, parc à container… La seule restriction est que le domicile doit être sur la commune… Leur statut n'est pas uniquement celui de chauffeur mais, je dirais plutôt d'accompagnateur… Ce service crée du lien et permet aux personnes de rester actives… c'est quand même un fameux boulot ! »

Leur mode de fonctionnement est identique aux services de transport médicalisé non urgent. Cela doit donc demander une certaine organisation aux personnes. Ces véhicules peuvent prendre plusieurs personnes à bord et donc organiser des transports groupés.

- **La couverture spatiale**

En ce qui concerne le transport médicalisé non urgent, la population de chaque commune possède au moins un service à sa disposition via les maisons Croix-Rouge. D'autres services sont également présents sur la plupart des communes via certains CPAS ou d'autres associations de bénévoles.

Par contre pour le transport non médicalisé, on constate que les CPAS mobilisent les habitants de leur propre commune et, donc, que le besoin n'est pas couvert sur les communes de Waimes, Malmedy et Lierneux. Pour les habitants de ces communes, les demandes de transport non médicalisé ne sont tout simplement pas couvertes.

Echos du terrain

« Les transports/taxis sociaux font partie de besoins non couverts… si c'est pour un aspect médical, la Croix-Rouge est présente mais sinon il n'existe rien d'autres que les TEC, mais ils ne sont pas présents dans tous les villages… Ici on essaie aussi de fonctionner avec le bouche à oreille entre personnes qui se connaissent! On a déjà eu une réflexion par rapport à ce besoin mais jamais rien n'a été développé »

« On manque dans notre région de services de transport pour tout et pas uniquement pour les rendez-vous médicaux même si c'est déjà pas mal! »

- **Le coût**

Chaque service propose des prix différents ; forfait, cents/km,… Un constat, identique pour tous les services, est que le coût des transports peut rapidement augmenter et atteindre des sommes relativement importantes.

Un service, conventionné avec la TEC, permet d'octroyer des avantages aux bénéficiaires de plus de 65 ans, titulaires de la carte TEC (transport gratuit).

Les services non médicalisés, avec chauffeurs sous statut professionnel, restent plutôt rares étant donné la difficulté d'équilibre financier. La plupart de ces services sont donc de réels choix de services offerts à une population dépendante, leur permettant le maintien d'une autonomie de déplacements, de liens sociaux, de gestes simples de la vie quotidienne.

- **Le regard vers l'avenir**

La mobilité est et reste une préoccupation importante dans nos communes rurales. On voit peu à peu les transports en communs se réduire, des lignes disparaître ou des bus complètement bondés… et ceci souvent pour des raisons économiques. Le service à la population est donc mis à mal. Les déplacements pour les personnes dépendantes sont parfois un réel casse-tête…

Echos du terrain

« Quand ma fille travaille, il m'est impossible de descendre en ville pour aller à la banque… Et bien souvent, quand elle est disponible, c'est la banque qui est fermée ! Ça m'ennuie au niveau financier, de demander à l'aide familiale de m'emmener… car on doit payer ses heures et ses déplacements… c'est normal mais ça me coûte cher d'aller voir mon banquier ! »

« La mobilité des personnes (les transports) est une toute grosse difficulté aussi... Le TEC c'est le matin et le soir (donc 1 bus par jour). On fait souvent appel à des bénévoles car ils ont une bonne disponibilité et le coût est réduit. »

Ces services à la population s'organisent cependant sur quelques-unes de nos communes. Il existe un réel besoin, mentionné tant par les professionnels que les bénéficiaires, de se déplacer, de se mobiliser tant pour aller à ses rendez-vous médicaux que pour aller faire ses courses.

Le transport médicalisé non urgent est organisé, en grosse majorité, par des bénévoles. Ceux-ci permettent donc des transports sur l'ensemble de nos communes. Ils font un véritable travail de fourmis où l'entraide et la solidarité sont au centre des préoccupations. Cette activité leur permet également d'avoir une place, un rôle dans notre société actuelle… De par cette activité bénévole, ils créent donc pour eux comme pour d'autres personnes des liens sociaux.

Comme pour toutes activités bénévoles, le transport demande un investissement personnel. La crainte pourrait être la perte de ces activités par manque de forces vives dans les années à venir. La recherche, la formation et l'encadrement de ces personnes bénévoles sont donc aussi importants pour la bonne continuité de ces services.

LES REPAS A DOMICILE

Les repas sont des moments importants dans nos journées… Ils peuvent être synonymes de rencontres, de discussions, d'échanges. Ils sont également importants pour notre bonne santé.

Les repas à domicile sont généralement demandés lorsque l'état de la santé de la personne se dégrade, lors d'un retour d'hospitalisation, lors de l'apparition d'une dépendance passagère ou continue, l'inquiétude de l'entourage suite à la préparation des repas (hygiène, manipulations, oublis…).

Nous allons traiter ici les repas livrés à domicile. Cependant, une attention toute particulière doit être mentionnée pour la préparation des repas à domicile, effectuée la plupart du temps par les aides familiales (comme mentionné précédemment certains services d'aides ménagères acceptent également de confectionner les repas). En effet, une augmentation de ce type de demandes a été nommée à plusieurs reprises. Les aides familiales sont donc présentes environ 1h (45 minutes sur place) pour préparer le repas avec la personne. Ce temps imparti pour le repas est variable ; certaines prestations couvrent uniquement la préparation, d'autres sont plus longues et associent d'autres tâches aussi.

L'aide familiale peut donc préparer le repas quotidien et passer tous les jours ou s'organiser pour préparer plusieurs repas à l'avance… Tout cela dépend du type de demandes mais aussi de la disponibilité et des moyens des services.

Souvent, associé à la demande de préparation des repas par les aides familiales, on trouve des demandes plus implicites de présence lors de repas, de passages quotidiens suite à un isolement social, … Ces tâches (préparation des repas et présence) sont partie intégrante du travail de l'aide familiale mais sont souvent difficiles à réaliser lorsque le fractionnement des prestations de l'aide familiale est important sur sa journée (pour pouvoir répondre à un maximum de demandes de ce type). Il n'est pas rare que l'aide familiale ait, entre 11h et 13h, deux prestations de préparation de repas… Le temps reste donc un élément central !

Echos du terrain

« Avant on faisait souvent des prestations de 4 heures, maintenant on se retrouve plus souvent 2 heures chez les personnes … les prestations sont grignotées pour répondre à toutes les demandes mais je pense aussi parfois par souci d'économies chez le bénéficiaire car l'accumulation des aides coûte vite cher. La répercussion pour nous est qu'on doit toujours être "au taquet". Sur une journée, ça peut être un rythme assez soutenu et malheureusement souvent bien différent du rythme des personnes âgées ou en difficulté »

« Quand on va préparer des repas, on n'a parfois même pas le temps de s'asseoir près de la personne… On a un temps imparti pour faire le repas… On sait qu'on ne peut pas traîner parce qu'après une autre personne nous attend aussi… Finalement, on fait le repas… on essaie d'associer la personne, qu'elle nous aide mais parfois ce n'est même pas possible… le repas doit être prêt quand on s'en va ! »

« Pour certaines personnes, c'est un passage… ça leur fait du bien ! Ça les stimule à manger… quand on n'est pas là, on ne sait pas toujours si la personne mange ! »

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Les repas livrés à domicile sont organisés par les CPAS sur l'ensemble des 6 communes. Dans notre région, certains restaurants/traiteurs assurent également la livraison des repas (moins courants et plus onéreux). L'un et l'autre peuvent donc être une alternative suivant les goûts et les possibilités de chacun.

La livraison des repas se déroule habituellement entre 11h et 13h, avec des variations possibles en fonction du nombre de repas dans la tournée. Les difficultés mentionnées au niveau des heures de livraison sont courantes… De plus, la manipulation et l'ouverture des « boîtes » contenant les repas peuvent également poser problème.

Echos du terrain

« Les tournées partent de 10h30 à 13h.On n'a pas vraiment de retour négatif par rapport aux heures même si la plupart des personnes préfèrent être livrées tôt mais il est impossible de servir tout le monde à 12 heures ! »

« Les heures ne paraissent pas poser problème, les personnes sont habituées, ont un rythme. Le repas arrive toujours à la même heure, les personnes s'adaptent au rythme de la tournée »

« Pour les repas à domicile, les heures d'arrivée des repas sont souvent inadaptées mais c'est surtout le matériel utilisé qu'il faudrait revoir… car il présente une réelle difficulté d'ouverture! »

Le nombre de demandes varie évidemment d'un service à l'autre. Ceci dit, tous s'accordent encore sur l'évolution des demandes. Cependant, l'offre des repas à domicile est toujours possible.

De plus, les demandes se font rapidement, du jour au lendemain. L'accès des repas est favorisé pour les personnes de plus de 65 ans ou en difficultés de santé.

Echos du terrain

« Le nombre de demandes évolue continuellement aussi. On constate une augmentation en hiver. Mais le service n'est jamais saturé, on fait face aux demandes. Le fait significatif est le nombre de véhicules et de tournées : avant on tournait avec 1 véhicule et maintenant on en a 3 et on assure 5 tournées. »

« Les demandes se font par téléphone et peuvent se faire du jour au lendemain. Si la demande est adressée le jour même avant 9h30, on peut encore s'arranger ! »

« Les demandes ne vont pas diminuer car de plus en plus les personnes sont demandeuses de rester chez elles. »

Un souci tout particulier est donné à l'équilibre des repas. Plusieurs services respectent les régimes alimentaires et donnent un choix de repas.

Echos du terrain

« …Les repas sont équilibrés et complets (potage, repas et dessert). Il existe une souplesse au niveau du menu : les personnes reçoivent un menu par semaine et ils peuvent choisir de le prendre ou non. »

« La flexibilité du service par rapport à la demande…. La cuisine est bonne. On leur propose aussi la carte; le menu de remplacement par semaine permet aux bénéficiaire de faire un choix de repas (même si c'est difficile pour certaines personnes de se projeter dans 10 jours pour savoir ce qu'elles veulent manger)….Le prix avantageux et le repas complet ; potage, plat et dessert. »

« Tous les régimes sont également assurés (allergies,…) »

« La difficulté, c'est aussi quand la personne a un régime particulier. Adapter un repas particulier, ce n'est quasi pas possible! »

Ces services de livraison de repas apportent également une attention accrue à la personne. Derrière cette livraison, une relation de personne à personne se crée. Les livreurs sont attentifs aux difficultés de la personne et soucieux en cas d'anomalie. Cependant, leur passage reste sommaire et leur temps limité !

Echos du terrain

« Il existe un côté "social" de la livraison du repas, une attention portée au bénéficiaire. Les livreurs sont attentifs : ouverture des plats, retour des difficultés à la responsable, porte de bois… »

« Une attention est portée par le personnel quand il apporte le repas : s'il le faut, il transvase le repas dans d'autres pots, il ouvre les boîtes,… ».

Un constat doit être fait quant à l'accessibilité des repas à domicile le week-end. Chaque CPAS s'organise pour que les repas soient livrés du lundi au vendredi. Il existe des variations pour le week-end : certains livrent le repas le samedi, d'autres fournissent le repas à réchauffer, d'autres ne proposent pas d'offre de repas le week-end.

Echos du terrain

« Nous livrons entre 30 et 40 repas à domicile par jour…tous les jours sauf dimanche ! »

« La livraison est assurée du lundi au samedi avec 2 repas le samedi… dont un à réchauffer le dimanche. On se rend compte que ce n'est pas toujours facile pour certaines personnes. »

« On livre environ 80 repas du lundi au vendredi, plus les jours fériés en semaine… On n'a jamais livré le week-end… Pourtant c'est vrai que les personnes qui en prennent toute la semaine en auraient aussi besoin le week-end! »

«Pourquoi mettre en place les repas à domicile en semaine et pas le week-end? Les personnes ont les mêmes difficultés le week-end ! »

Un autre problème soulevé, sous-jacent à la livraison de repas à domicile, est l'isolement de la personne, notamment au moment des repas.

Echos du terrain

«La difficulté pour certaines personnes est de prendre un repas seul à domicile… Ces personnes connaissent souvent l'ennui, l'isolement… parfois on propose, nous-mêmes, le passage de l'aide familiale, même quelques jours par semaine… Le refus est souvent financier… parfois aussi lié à la crainte de se faire envahir chez soi… Ce n'est pas toujours évident de juste déposer le repas et de partir ! »

« Chez nos bénéficiaires, il y a des personnes seules même si le réseau informel est encore relativement préservé dans nos villages. Parfois quand même, personne ne va chez eux... il y a bien la personne qui amène les repas, c'est vrai… mais ça ne dure que 30 secondes. »

Dans nos communes, des alternatives hors domicile peuvent exister. Certaines maisons de repos ainsi que certaines associations proposent ce système afin de rassembler ces personnes isolées. Le nombre de personnes participant à ces initiatives reste stable… La mobilité/transport revient comme difficulté principale.

Echos du terrain

« Nos moyens sont limités mais l'accent est mis sur l'importance de la rencontre… »

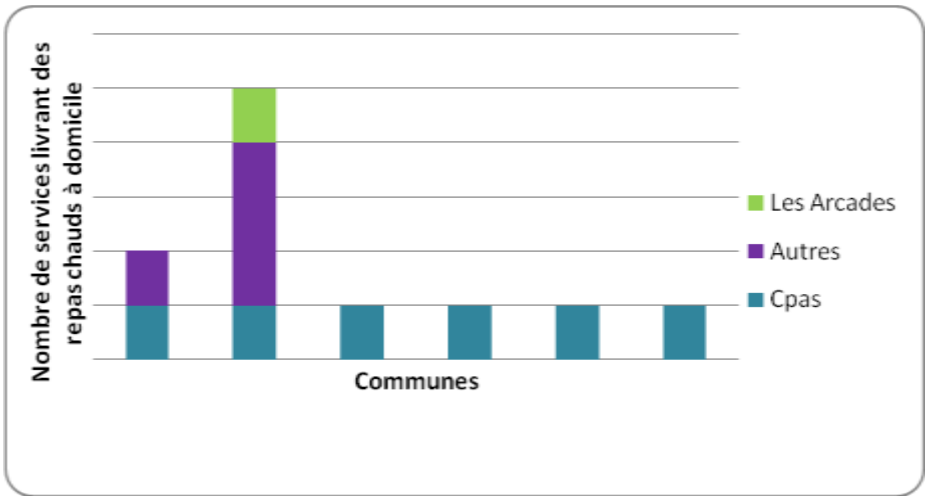
« Les moments de repas collectifs sont des moments privilégiés où la rencontre se fait sur un pied égalitaire… on prépare ensemble le repas que l'on va manger ensemble… c'est une rencontre de personne à personne… »

« L'isolement de certaines personnes pour manger est interpellant... même si elles reçoivent leur repas... On ne sait jamais dire si elles le mangent... Ici, pour les personnes demandeuses, elles peuvent venir le prendre au restaurant avec les pensionnaires, mais il n'y en a pas beaucoup. »

« Ce sont toujours les mêmes personnes qui reviennent… et quand on réfléchit, ce sont des personnes du coin… la mobilité reste vraiment un frein à ce genre de service… La peur aussi peut-être d'être stigmatisé. »

- **La couverture spatiale**

Chaque CPAS possède donc un service de livraison de repas à domicile et couvre l'ensemble des villages. A Waimes, un traiteur livre également. A Malmedy, il existe, en plus du CPAS, une maison de repos (Les Arcades) ainsi que 3 restaurants/traiteurs qui livrent à domicile (certains cependant limitent les distances de livraisons).



- **Le coût**

Pour la plupart des personnes rencontrées, le coût des repas reste accessible. Il varie généralement en fonction des revenus de la personne et oscille entre 2.50€ et 7.50€ pour les différents CPAS et Les Arcades. Les restaurants/traiteurs affichent, quant à eux, des prix fixes qui varient entre 8.50€ et 10€ par repas.

A nouveau, la livraison des repas à domicile est un véritable service offert à la population de sa commune.

- **Le regard vers l'avenir**

Ces services de repas sont présents depuis de très nombreuses années et ne sont pas du tout remis en cause. Les demandes augmentent sans cesse. Ils peuvent être une véritable ressource pour les personnes à domicile.

3.2.3. Offre liée à la surveillance/la sécurité

LES GARDES A DOMICILE

Lorsqu'une personne connaît une perte d'autonomie importante et qu'elle se trouve en difficulté à son domicile, les services de gardes à domicile peuvent intervenir. Les services de gardes assurent essentiellement une présence auprès de leur bénéficiaire... Les gardes à domicile sont là pour écouter, réconforter et intervenir si nécessaire. Ils sont le relais des aidants proches de manière sporadique ou plus régulière.

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Trois services d'aides répondent à ce besoin. Ces services semblent fonctionner sensiblement de la même manière. Les tâches attribuées aux gardes à domicile sont la présence, l'écoute et la sécurité de la personne. Lors de leurs prestations, elles peuvent donc réaliser des toilettes, la préparation des repas… Elles réalisent les tâches en lien direct avec la personne et sa dépendance tant physique que psychologique. Leur but n'est donc pas de réaliser les tâches ménagères mais d'assurer une présence auprès du bénéficiaire en collaboration avec la famille.

Echos du terrain

« En ce qui concerne les tâches, elles peuvent faire beaucoup (toilette, repas, vaisselle liée au repas pris,..)... ce qui est en lien avec la personne. Leur but n'est pas le ménage, la lessive, mais d'assurer une présence auprès de la personne, en collaboration avec la famille. L'image véhiculée des GM est souvent qu'elles ne font rien, mais la différence se marque entre l'inactivité et la présence assurée. »

« Leur rôle est d'aider au maintien à domicile via un répit de l'aidant proche. Elles sont là pour soulager la famille, pas pour la remplacer. »

« Les tâches sont essentiellement la présence, la toilette et le change, la préparation des repas, les soins à la personne, et l'occupationnel.»

« Notre boulot s'articule autour de la présence autour du bénéficiaire… On est là en remplacement de la famille, on a toujours besoin d'un relais familial. Les tâches sont la préparation des repas et le donner, la toilette, l'accompagnement de manière générale,… On n'est pas là pour remplacer le passage des infirmières, pour la toilette, par exemple, ni faire des tâches ménagères. »

Les services de gardes à domicile sont confrontés à des limites dans leurs interventions. Alors qu'elles sont présentes auprès de la personne, les gardes ne peuvent, par exemple, pas donner les médicaments (même préparés dans un semainier) ou simplement aller se promener. Certaines gardes rencontrées ne comprennent pas ces interdictions, même si elles peuvent comprendre l'importance d'un cadre d'intervention. Certaines se sentent alors dévalorisées, peu reconnues dans leur travail auprès des bénéficiaires car mentionnent l'importance de ces actes non autorisés lors de leur présence.

Echos du terrain

«Une des grosses difficultés est la gestion des médicaments; légalement on ne peut que veiller à la prise mais dans la pratique les gardes sont souvent coincées... par exemple avec des personnes Alzheimer ou des personnes alitées … on ne peut faire que rappeler et non donner… »

«On a beaucoup de limitations au niveau de ce qu'on peut faire, parfois on se trouve en difficultés… On est là mais on sait qu'on ne peut pas… par exemple, ce que je trouve aberrant c'est qu'on ne peut pas sortir avec la personne, ni à pied ou en voiture… »

«Depuis quelques temps, on a vu une réduction des tâches, notre champ d'action est maintenant plus limité… ça a ses avantages et ses inconvénients… c'est plus clair pour nous comme pour le bénéficiaire… mais parfois il ne comprend pas! »

Le temps consacré à la personne est un élément clé de leur prestation. Les professionnels rencontrés évoquent cette caractéristique et la revendiquent. La relation avec le bénéficiaire est au centre de leur prestation.

Echos du terrain

«Beaucoup de reconnaissance de l'usager et de sa famille. La garde à domicile a vraiment un contact privilégié, plus proche des gens car a le temps (par exemple : contrairement aux aides familiales , à l'heure actuelle qui sont "obligées " de multiplier les prestations pour répondre à toutes les demandes!)… Le luxe est de pouvoir prendre le temps. »

«Notre plus est la rencontre avec les personnes : on est là plus pour la personne que pour une tâche particulière! »

«Notre boulot est d'apporter une aide à la personne pour la rendre plus confortable, plus heureuse!... Le calme, le temps sont importants… Ce que n'ont plus forcément les aides familiales, les infirmières,… chez qui le stress est beaucoup plus présent! »

«Le manque de reconnaissance, l'image parfois négative … on dit qu'on ne fait rien,… ça peut parfois aussi être difficile… alors que les GM donne une importance au temps consacré à l'usager! »

De plus, tous les services de gardes à domicile rappellent leur travail de collaboration. En effet, dans la majorité des situations, les gardes travaillent en complémentarité avec d'autres services (souvent les infirmières, les aides familiales,…).

Echos du terrain

« La complémentarité avec les services du domicile est très importante… »

« On essaie de collaborer au maximum avec les autres services, il est rare que le service de gardes à domicile soit seul dans une situation, très souvent on travaille en association avec d'autres... »

« Les collaborations entre services me semblent de plus en plus positives, la communication autour du bénéficiaire est très importante! Elle est très bonne et doit continuellement être remise en question et retravaillée…C'est un réel plus pour la personne et puis on a plus facile de travailler avec des personnes que l'on connaît. Il faut aussi savoir que la collaboration avec d'autres services de gardes à domicile est possible. »

« La collaboration avec les autres services est primordiale! On est souvent là, en dernier recours… donc il y a souvent des services en place avant nous! Le relais entre nous doit être cohérent. On doit aussi être attentif à la mise au point de nos rôles respectifs pour accompagner au mieux le bénéficiaire! »

« La collaboration est très importante, car on est rarement seul dans une situation… La difficulté pour le bénéficiaire est le coût lié à la multitude des intervenants! »

Leurs prestations durent minimum 3 à 4 heures chez un bénéficiaire et peuvent la nuit durer jusqu'à 10h. Les services de garde assument des prestations de jour comme de nuit. Cependant, ils n'effectuent pas de gardes de 24h/24 et/ou de 7jours/7. Le constat que certains moments de la journée sont plus difficiles à couvrir a été fait par les professionnels rencontrés, notamment la nuit.

Echos du terrain

« La nuit reste une période peu couverte mais souvent anxiogène chez les bénéficiaires. »

« Les heures se font de jour comme de nuit mais réellement les moyens de répondre aux demandes de nuit sont pas nombreux car on travaille encore plus avec un effectif réduit. »

Pour les services de gardes à domicile, un relais familial est indispensable pour optimaliser leurs interventions. Seul, un service de garde ne peut pas agir…

Echos du terrain

« Il est indispensable pour le service de garde d'avoir un relais avec le réseau personnel de la personne… on ne peut pas assurer du 24h/24 et du 7j/7… Les services doivent absolument travailler en collaboration avec et non pas supprimer la place de la famille. La place de chacun doit être clairement établie et l'un et l'autre doit pouvoir se reposer sur l'un ou l'autre! Parfois, on voit des mouvements de déresponsabilisation avec le grand nombre de services en place… mais on doit vraiment travailler à la place de chacun! En garde, on a très peu de personnes vraiment isolées… »

Les horaires des gardes sont variables. La gestion, tant pour les responsables que pour les gardes, n'est donc pas évidente car ils fonctionnent avec ce qu'ils nomment « l'horaire variable ».

Echos du terrain

« Notre horaire est variable en fonction du temps de travail, des demandes… On obtient notre horaire une semaine à l'avance et si les gens annulent les prestations, on est quand même payé ou on est obligé de reprendre une autre prestation proposée….si la responsable trouve…. Sinon en dehors des heures sur l'horaire, on a la possibilité de choisir, d'accepter ou non… On peut aussi faire des nuits et on est de garde 1 samedi sur3 et 1 dimanche sur 6. »

« Lors de la première visite, l'importance est vraiment mise sur la structure de l'aide et les explications… ce n'est pas toujours évident car si les changements souhaités sont demandés assez tôt, on pourra les aider… sinon, on se retrouve coincé avec la garde…. »

« L'horaire variable est instauré, ça demande une discipline (d'où l'importance de la visite préalable) à la responsable,à l'usager et aux travailleurs. »

Comme pour les aides familiales, elles sont généralement à plusieurs auprès d'un bénéficiaire. Les gardes ont des réunions d'équipe.

Echos du terrain

« On a une réunion environ toutes les 3 semaines. Les gardes ont des prestations variables et ne retournent donc pas chez les mêmes bénéficiaires, elles expriment souvent ce besoin de changer de prestataires... C'est parfois difficile pour le bénéficiaire de devoir en connaître plusieurs mais en même temps elles apportent chacune des choses différentes! La communication entre elles est donc d'autant plus importante par rapport à une prise en charge. »

« Notre fonctionnement se fait par petite équipe … 2-3 gardes auprès d'un bénéficiaire… sinon elles sont trop dedans et ont des difficultés à prendre de la distance professionnellement parlant. »

L'encadrement des gardes, comme pour les aides-familiales, est réalisé par une assistante sociale responsable. Elle gère les demandes, les réunions d'équipes, les horaires, les difficultés tant des familles que des professionnels par rapport aux prestations… Elle réalise également toujours une première visite auprès du bénéficiaire pour la mise en place de prestations de gardes à domicile. Ces premières visites permettent de poser le cadre de l'intervention, expliquer le fonctionnement, donner le coût exact de la prestation, insister sur le relais familial,…

Echos du terrain

« Je fais toujours une visite avant la mise en place des gardes à domicile car c'est très important d'expliquer notre mode de fonctionnement… notamment l'horaire variable… pour savoir quand ils peuvent annuler, postposer une prestation… Ça me permet aussi d'analyser la situation de l'usager, d'expliquer les tâches possibles et l'importance de la collaboration avec la famille. »

« Des réunions sont prévues toutes les 5-6 semaines pour discuter des situations rencontrées chez les usagers, c'est l'occasion de faire le point sur ce qui fonctionne et puis où elles éprouvent aussi des difficultés… elles ont également des contacts entre elles… »

« J'essaie toujours de faire une première visite avant la mise en place effective car ça permet de poser le cadre de notre intervention. »

Le délai d'intervention est variable car dépend de plusieurs facteurs : la disponibilité au niveau de l'équipe, de la fréquence, périodicité et horaire de la demande,… Les services expliquent ne pas savoir répondre aux demandes dans l'urgence (situations de soins palliatifs, épuisement de la famille), ce qui peut parfois poser de grandes difficultés aux autres services et/ou à la famille.

Le domicile ne connait pas réellement de services fonctionnant en urgence (même si certains interviennent sous des délais courts ; les soins infirmiers et les repas chauds).

Echos du terrain

« Le délai d'intervention est très variable car dépend des disponibilités de l'équipe, de l'encadrement, de la demande, de la prospective du service au moment de la demande,… Souvent la demande paraît urgente mais il nous est quasi impossible de répondre dans l'urgence vu le fonctionnement de service, les horaires des gardes complets... »

« Souvent les bénéficiaires auraient souhaité que notre mise en place se passe plus vite! Ce qu'il faut savoir, c'est que nous ne sommes pas un service d'urgence… »

« Il est impossible de répondre dans un certain délai, c'est trop variable… on essaie toujours de faire au mieux… mais ce n'est pas toujours le plus vite le mieux! »

« La difficulté se marque aussi souvent dans les prises en charge palliatives, où on nous demande de répondre du jour au lendemain... On est alors très souvent en grande difficulté car il y a l'horaire variable et puis on ne peut pas fonctionner comme des services d'urgence… »

Une évolution constante dans le nombre des demandes est constatée. Il peut y avoir, à certains moments, des listes d'attente dans les services. Lorsqu'un service ne sait pas répondre favorablement et dans des délais respectables, il renvoie vers un autre service de garde. Les facteurs explicatifs sont le manque de structures institutionnelles, le vieillissement de la population,… La nature des demandes évolue aussi : les gardes sont de plus en plus confrontées à situations spécifiques et difficiles (personnes en fin de vie, personnes démentes,…).

Echos du terrain

« Depuis 2 ans, on a une liste d'attente… Les demandes grandissent… c'est dû aux manques de moyens donnés aux maisons de repos, le secteur manque de place. Les demandes restent quand même très variables, d'où des difficultés de gestion car parfois trop et puis plus assez... »

« Depuis 20 ans, il y a une évolution constante des demandes et je pense que ça va continuer … on a quadruplé l'effectif… étant donné le manque de place, le vieillissement de la population…mais les moyens ne sont pas revus à la hausse! »

« La difficulté est aussi la demande en dents de scie avec parfois des effectifs sous utilisés et, le mois d'après, sur utilisés, débordés! C'est difficile à gérer et à vivre pour l'équipe et en même temps, il faut une réelle capacité d'adaptation pour ce métier... »

« Au domicile, les situations rencontrées par les gardes sont plus lourdes qu'auparavant… Si je devais donner des proportions… on peut dire environ 50% de personnes Alzheimer, 40% de personnes en fin de vie et 10% de personnes âgées… »

Face à ces évolutions, la charge émotionnelle vécue par les gardes à domicile est donc importante.

Echos du terrain

« La charge émotionnelle est importante… il peut tout se passer sur une nuit : angoisse à 4h du matin… Les gardes n'ont que des personnes malades, dépendantes physiquement et mentalement, en perte autonomie… Elles vivent, je pense comme tous les professionnels du domicile, des situations de plus en plus lourdes qu'auparavant…. dû au manque de places en MR, à la diminution des durées d'hospitalisation, au retour rapide à domicile, à la complexité des pathologies… »

« La difficulté dans le métier de garde est la fatigue psychologique et morale. De plus, elles connaissent une variété de pathologies (démences, palliatif,...) sans formation spécifique… beaucoup s'épuisent. »

« Une place importante dans le métier est laissée au relationnel - ce qui est à la fois positif mais aussi lourd pour l'équipe... Le rythme de travail est dur que ce soit en lien avec le vécu, le côté émotionnel des personnes, le passage de l'un à l'autre sur une journée, les déplacements (qui peuvent être des moments de répit pour certains sauf quand le mauvais temps est là!) »

Un manque de moyens et une difficulté de recrutement sont mis en avant dans ces services. Pourtant, chacun s'accorde sur l'importance et la nécessité de telles interventions.

Echos du terrain

« Les aides familiales ont triplé les heures inconfortables en 2-3 ans (soirées et week-ends) car les demandes sont de plus en plus nombreuses… étant donné qu'on maintient des personnes à domicile de plus en plus dépendantes! On doit alors pouvoir répondre à ces besoins aussi! Il faudrait parfois augmenter les moyens et s'appuyer sur les services existants, déjà présents dans l'action! »

« Les gardes sont plus que nécessaires (comme les autres aides à domicile). Avant c'était plus un luxe, maintenant dans beaucoup, beaucoup de situations, c'est une réelle nécessité car les prises en charge sont plus lourdes, importantes au domicile. Il existe un manque de places en maison de repos, les personnes vivent de plus en plus longtemps et le souhait des personnes est de rester au maximum chez elle. »

« La pénurie des professionnels est vraiment préoccupante aussi! Les difficultés de recrutement sont présentes. »

Depuis peu, une reconnaissance de statut est accordée à ces professionnels par la région wallonne. Une formation est donc nécessaire ! La connaissance et la reconnaissance du métier demeure pourtant difficile.

Echos du terrain

« Pour être garde à domicile, il faut avoir fait une formation d'aide familiale ou d'aide-soignante. Il faut savoir qu'il n'y a pas de stages dans les services de gardes… »

« La formation est celle des aides familiales et aides-soignantes ou puéricultrices. Depuis quelques années, il y a une obligation de formation, mais avant, tout le monde pouvait être garde à domicile. C'est important, c'est une première étape pour un début de reconnaissance du métier et surtout une qualité du service proposé. »

« La formation est demandée depuis environ 5 ans. Sinon avant, pas de formation spécifique demandée…. »

« Par rapport au recrutement, les difficultés sont bien présentes mais il est important d'assurer aux personnes du personnel compétent… par rapport à la formation, on a le projet d'insérer dans le stage des aides familiales des prestations de gardes… ça pourrait faire découvrir davantage le métier et avoir une vision plus juste de ce qu'il est… »

Cette reconnaissance était attendue par le secteur. En effet, le travail de garde à domicile en noir est bien réel et les services y sont confrontés.

Echos du terrain

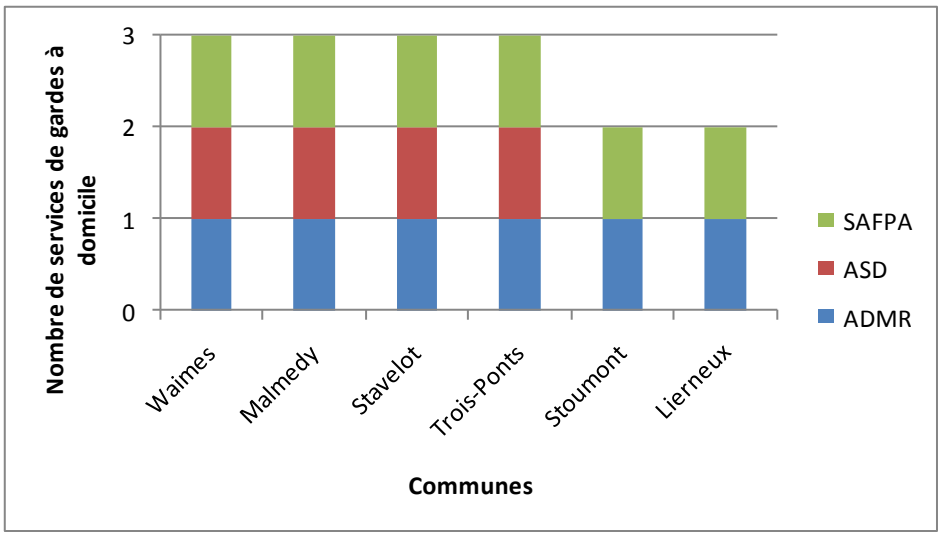
« Il existe encore beaucoup de gardes qui fonctionnent en noir... Et même dans la région, des personnes d'origine étrangère qui viennent trois mois non-stop dans la famille comme garde... il existe encore beaucoup de flou autour de ce métier, même si une avancée a déjà été faite! »

« Parfois, des personnes ne veulent pas de nos services car elles ont déjà eu affaire à quelqu'un en noir… dont elles n'étaient pas du tout contentes… Parfois aussi, le fonctionnement de service induit une certaine rigidité que certaines personnes en noir n'ont pas… »

« Heureusement qu'il existe des gardes privées car on saurait encore moins répondre aux demandes. Même si ça reste parfois/souvent interpellant dans leur pratique …de tout faire.... Il est important de continuer à valoriser ce métier et de le reconnaître. Parfois le travail en noir fait l'effet inverse! »

- **La couverture spatiale**

Les services de gardes à domicile sont trois à venir travailler dans le sud de l'arrondissement de Verviers.



A Waimes, Malmedy, Stavelot et Trois-Ponts, ils sont au nombre de 3. Tandis qu'à Stoumont et Lierneux, ils sont au nombre de 2.

Les trois services actifs dans notre région ont un territoire bien plus vaste. Les déplacements dans le sud sont donc parfois compliqués. Cependant, pour certains services, des professionnels sont attitrés pour travailler dans notre région.

Echos du terrain

« On a une équipe de gardes pour tout l'arrondissement de Verviers… Dans le sud, on a une équipe de quelques gardes… La spécificité du sud réside dans les déplacements … et donc signifie des frais supplémentaires pour le service. »

- **Le coût**

Le coût des prestations de garde à domicile peut être variable en fonction du service choisi. Ceux-ci fixent leur coût de manière différente : soit en fonction du moment de la prestation (en journée ou en nuit), soit en fonction du statut BIM ou non BIM de la personne ou soit en fonction des revenus du ménage. Les prix varient donc entre 2.25€/h et 6.24€/h. Les frais de déplacements s'élèvent à 10% du coût. Certaines mutuelles peuvent intervenir dans ces frais mais toujours de manière plafonnée.

Le coût des gardes à domicile est généralement perçu comme élevé. En effet, les personnes demandent souvent les gardes pour un certain nombre d'heures par semaine. De plus, les personnes aidées le sont, très souvent, également par d'autres services. Le coût de l'accumulation des aides et des soins à domicile peut alors être très élevé.

Une spécificité lie les services de gardes à domicile. Ils ne sont pas subsidiés par la région wallonne. Ils n'obtiennent aucun apport financier. Ces services doivent donc fonctionner sur fonds propres. Pour réduire les coûts de personnel, des aides à l'emploi sont utilisées. Cette situation précaire place les services de gardes dans une certaine incertitude. Pourtant, ces services sont devenus incontournables !

Echos du terrain

« On n'obtient aucun subside mis à part des aides à l'emploi permettant de réduire le coût du personnel. »

« Le service fonctionne sur fonds propres et est déficitaire même si on demande des aides à l'emploi pour diminuer la charge de l'employeur … »

« Le service tourne sur fonds propres! C'est vraiment difficile pour le service car on est en déficit … le coût demandé aux bénéficiaires n'est pas suffisant! »

- **Le regard vers l'avenir**

Par rapport à la continuité de ces services, un seul point semble rassembler les professionnels interrogés, c'est la reconnaissance par la région wallonne au niveau financier de tels services. Cette reconnaissance permettrait davantage une évolution des moyens et donc une meilleure réponse aux problématiques rencontrées actuellement.

A nouveau, il est donc important de donner aux services existants les moyens nécessaires (ici, particulièrement au niveau financier). Sans cela, pour certains, une crainte existe quant au maintien de tels services. Tous ne partagent pas cet avis.

Echos du terrain

« Donner des moyens au services existants est indispensable. »

« On sent une réelle volonté malgré les difficultés financières de maintenir le service qui répond à un besoin de la population. »

« J'ai une crainte pour l'avenir des services de gardes s'il n'y a pas de reconnaissance de la région wallonne. »

« Pour la survie des services de garde, la région wallonne devra les reconnaître!... Surtout au niveau financier! »

Des pistes d'évolution émergent… Certains voudraient spécialiser le personnel pour répondre aux demandes de manière plus optimale, créer des services de garde en urgence, réduire les durées de prestations et/ou faire des plages horaires différentes en soirée, voir évoluer les interdictions au niveau des tâches… Pour certains services, une évaluation, une remise en question des pratiques est de mise pour faire évoluer les services en lien avec les besoins réels de la population et pour se renouveler.

Echos du terrain

« Une évolution va devoir se faire au niveau des tâches surtout en lien avec toutes les interdictions actuelles. »

« On devrait créer des accompagnements spécifiques au domicile (exemple Alzheimer) car aujourd'hui, on est confronté directement aux limites de services avec ce genre de maladie. »

« Il serait aussi important de pouvoir mieux répondre à l'urgence au domicile ou différemment. »

« Le service tente de rester en évaluation permanente pour adapter les prestations aux besoins des bénéficiaires, même si parfois ça crée des difficultés de fonctionnement. »

LA TELEVIGILANCE

La crainte d'une chute, d'un malaise, d'angoisses ou de tout autre problème peut être présent chez des personnes isolées et/ou dépendantes. Ce service permet de sécuriser la personne et son entourage. Il favorise également le maintien à domicile dans un esprit de sérénité.

Echos du terrain

« Si j'ai un problème… je sais que je peux appuyer sur le bouton… au moins, je vais pas rester des heures à terre… même si je m'en suis encore jamais servi et tant mieux… ça me rassure, je sais que c'est là ! »

- **Les acteurs et leurs prestations**

Différents services proposent le système de télévigilance : des services privés et les différentes mutuelles. Tous fonctionnent de la même manière. Ils fonctionnent uniquement avec l'entourage des personnes. Ces services possèdent une liste de personnes ressources à contacter dès que la personne appuie sur le bouton émetteur et est en difficulté. Ces personnes ressources se rendent donc au domicile de la personne. En attendant, le service reste en ligne avec la personne en difficulté et s'assure que quelqu'un a bien pris le relais sur place. Ces services ne se déplacent donc pas à domicile. Cela demande une implication de l'entourage, du réseau personnel (famille, voisins, amis,…). Ces services fonctionnent évidemment 24heures/24 et 7jours/7.

Une difficulté peut parfois apparaître au moment de la constitution de cette liste. Certaines personnes déclarent n'avoir personne qui pourrait intervenir en cas de nécessité. En collaboration avec la personne, des solutions sont toujours trouvées.

Echos du terrain

« Dans le sud, la particularité est la solidarité (malgré la distance des habitations, la solitude,...) … on trouve toujours une personne de contact, alors que la personne n'habite peut-être pas à côté … Il reste un esprit de solidarité! »

Le délai pour le placement de l'appareil est variable. Les services sont basés à l'extérieur du territoire et les déplacements sont donc plus conséquents. De manière générale, le délai varie entre 1 à 3 semaines. Une personne se déplace alors pour le placement de l'appareil.

Echos du terrain

« Le délai d'attente peut être relativement long … surtout aux "extrémités" du territoire… on essaye de combiner avec d'autres déplacements… pour limiter les kilomètres. »

Pour pouvoir avoir le système de télévigilance, il faut avoir une ligne téléphonique classique.

Les demandes et les appels reçus via les appareils restent relativement stables.

Echos du terrain

« Les demandes sont assez linéaires… y a des moments dans l'année, où on voit des variations… en hiver. Les appels reçus via la télévigilance sont le plus souvent des erreurs… vraies ou fausses, parfois on ne sait pas…des angoisses quand il fait noir… Sinon pour des chutes, des malaises, la solitude aussi. »

- **La couverture spatiale**

Le service privé ainsi que les mutuelles interviennent sur l'ensemble des 6 communes. Aucune restriction territoriale n'est connue.

- **Le coût**

Le coût lié à la télévigilance peut être variable d'un service à l'autre, d'un statut à l'autre, en fonction des frais d'installation, des déplacements, des cautions demandées ou non, du nombre d'émetteurs demandés…

Echos du terrain

« Depuis quelques années, la concurrence des mutuelles a fait diminuer les demandes car le remboursement est souvent plus avantageux dans les mutuelles. »

En fonction de tout cela, un prix fixe est donné par mois pour la location et le service proposé. Il oscille environ entre 6€ et 25€/mois. Les frais de placement varient entre 12€ et 50€. Des cautions peuvent être demandées et atteindre 75€.

- **Le regard vers l'avenir**

L'utilisation de plus en plus fréquente du GSM et des nouvelles technologies posent problème pour l'installation de ces systèmes de télévigilance. Certaines firmes ont déjà réalisé des produits pour les Gsm, des systèmes GPS fonctionnant à l'extérieur de l'habitation,… Ces services restent rares. Certains ont, après quelques années, déjà stoppé leurs activités.

Echos du terrain

« Je ne pense pas que le service va encore durer 20 ans avec l'apparition des technologies nouvelles mais aussi la génération Gsm. »

« On commence à connaître les personnes qui utilisent exclusivement le Gsm mais souvent c'est un leurre car on l'emmène pas partout… »

Cependant, étant donné l'évolution de nos moyens de communication, des systèmes devront être adaptés et tout aussi fonctionnels pour les personnes dépendantes à leur domicile, et pour maintenir ce sentiment de sécurité indispensable au bien-être de la personne.

Echos du terrain

« Un jour, je pense qu'on ne connaîtra plus les appareils actuels, la technologie va se développer… D'ailleurs avec certain matériel actuel, l'installation n'est déjà plus possible. L'offre va devoir s'adapter mais on ne connaît pas encore grand-chose d'autre aujourd'hui... »

3.2.4. Offre liée à l'aide financière, administrative, sociale et d'information.

LE SERVICE SOCIAL

Obtenir une aide financière (GRAPA, allocations d'handicap,…), une reconnaissance de statut (BIM, handicap,…), connaitre ses droits (pension, avantages sociaux,…), être aidé dans la gestion budgétaire et/ou administrative quotidienne, être informé sur les différents services pour pouvoir les contacter, … sont des éléments que certaines personnes dépendantes vivant à domicile ont besoin pour assurer un confort de vie.

Nous parlerons ici uniquement des services sociaux. Cependant, il faut savoir que, dans certaines situations, l'aide familiale effectue certaines tâches administratives quotidiennes. Les aides familiales peuvent donc, en collaboration avec la personne, faire des démarches administratives (suivi du courrier, classement, rédaction de courriers,…). Elles peuvent être le relais des services sociaux ; un travail de collaboration semble alors de rigueur (lors de difficultés plus importantes, au besoin,…).

- **Les acteurs et leurs prestations**

Différents services sociaux peuvent répondre à cette offre dans notre région. Chaque service social, à sa manière, donne des informations, réoriente des demandes, peut effectuer de l'aide sociale globale.

Pour limiter cette offre, nous nous sommes orientés vers les CPAS et les services sociaux des mutuelles qui sont des services relais incontournables, en ces matières, au domicile.

Les travailleurs sociaux de ces services sont confrontés à toute personne ayant des difficultés. Ils possèdent donc une large connaissance des problématiques rencontrées au domicile et les solutions inhérentes. Les demandes sont donc multiples et variées.

Echos du terrain

« On est appelé pour toutes sortes de demandes… parfois une demande de pension, parfois une gestion budgétaire, parfois une aide liée aux enfants,… Les difficultés des personnes au domicile sont souvent financières… On aide aussi parfois financièrement pour des heures d'aides familiales, des avances pour du prêt de matériel,… En fait, on peut être appelé pour beaucoup, beaucoup de choses… si on n'est pas compétent, on donne une information ou on réoriente mais on est un service de première ligne que tout le monde connaît… même si beaucoup de personnes ne savent pas toujours ce que l'on fait ! »

« Les problématiques les plus souvent rencontrées sont liées directement aux finances plus des questions liées au handicap, à la pension… On réalise souvent des suivis… même si on donne aussi des informations plus ponctuelles. »

« On rencontre le tout-venant avec particulièrement des personnes malades et/ou handicapées et des personnes âgées en difficultés… dans quelques années, ce sera peut-être vous ou moi… »

« Les demandes sont très variées même si on est fort lié aux avantages mutualistes, aux allocations d'handicap et aux pensions. »

« Les personnes qui font appel ne savent pas forcément ce qu'on fait au CPAS… et même de manière générale les gens de la commune. On a toujours l'image de la commune privilégiée alors qu'on fait pleins de choses… La précarité est méconnue et diffuse, elle est dispersée... »

Dans notre région, suivant la nécessité, les travailleurs sociaux de ces services se déplacent encore à domicile. Un travail de proximité et personnalisé est donc possible. Cependant, la charge administrative demandée aux travailleurs est importante ; ce qui, à certaines moments, les éloigne du terrain.

Echos du terrain

« Le fait de pouvoir aller à domicile est un élément important… on se rend beaucoup plus vite compte de la situation…. La demande prend une autre dimension. »

« Malheureusement, on a pas toujours le temps de faire comme on l'aurait voulu à la base… les visites à domicile prennent beaucoup de temps… »

« Mon temps de travail est réparti … ça dépend aussi des permanences… mais si je calcule, j'ai plus ou moins un 1/2tps à domicile et 1/2 au bureau notamment pour les permanences et le travail administratif. »

« On essaye de maintenir le travail au cas par cas, chaque situation est unique et a son intérêt… mais pas toujours évident dans la conjoncture actuelle… je veux dire qu'on a des plus en plus de demandes avec du travail à côté, administratif… souvent en lien avec les subsides, donc c'est important aussi pour que le service continue…»

Le nombre et la nature des demandes rencontrés par les services sociaux connaissent également une évolution. L'évolution la plus marquante, pour l'ensemble de ceux-ci, est la paupérisation de la population et notamment des personnes âgées et/ou dépendantes. La complexité et la lourdeur des situations de personnes vivant à domicile sont aussi mentionnées.

Echos du terrain

« On connaît une évolution dans les demandes car la crise financière est bien présente et les gens ont peur! On connait aussi plus de tâches administratives, des dossiers plus complexes… Une grande importance est donnée à l'écoute et au soutien aussi... »

« Ici, le service connaît une augmentation au niveau de la lourdeur des situations… elles sont souvent aussi plus complexes… avec une multitude des pathologies, de difficultés et donc de services.. »

« Les difficultés vont continuer avec le vieillissement de la population…. Comparé à avant, on se trouve devant des situations de plus en plus difficiles au domicile, plus lourdes... Les gens souhaitent rester chez eux le plus possible. On le voit avec les personnes qui rentrent en maison de repos de plus en plus tard! »

« L'accumulation des services entraîne un coût énorme pour les gens… souvent c'est leurs petites pensions qui y passent déjà ! On voit des gens arrêter l'aide, pas parce qu'ils n'en ont plus besoin mais parce que ce n'est pas possible financièrement… mais souvent on le sait pas… c'est caché !!! Je suis sûre qu'il n'y en a plus que l'on pense… C'est encore mieux caché dans cette région car tout le monde se connaît… et puis, et c'est normal, les personnes âgées sont fières… parfois trop ! »

« Nous, on reçoit certaines factures ici, on ne sait même pas d'où ça vient et qui gère quoi! Les factures qu'on reçoit sont souvent aussi très importantes! Pour certaines personnes avec des petites pensions, qui ont déjà du mal à joindre les deux bouts, ça reste très très difficile! »

« Les difficultés liées à la paupérisation et l'isolement social sont vraiment très nombreuses… on a vu une évolution importante ces dernières années… Et pour l'avenir… ce sera encore difficile par rapport à cela, on voit que certains connaissent déjà des difficultés à se soigner... »

Leur travail de première ligne et leur connaissance du réseau entraînent un travail de collaboration auprès des différents professionnels de la région. En fonction de la demande et de la nécessité, ils collaborent et/ou font le relais avec les services existants.

Echos du terrain

« Nous, on travaille beaucoup avec les services en lien avec la mutuelle… que ce soit pour des aides familiales, du matériel,… mais on travaille aussi avec des services extérieurs, même si c'est plus rare.»

« La collaboration avec les services des aides familiales, avec les infirmières et la coordination est bien présente! Même si pour l'instant, c'est difficile de s'y retrouver… On a le sentiment que beaucoup de changements sont apparus, qu'il y a une multitude de services, qui font la même chose mais qui dépendent d'organismes différents... »

- **La couverture spatiale**

Les CPAS travaillent de manière respective sur leur commune et aident les habitants de celle-ci.

Les services sociaux des mutuelles sont accessibles pour tous leurs affiliés via des permanences. Les mutuelles, les plus répandues dans notre région, possèdent des bureaux régionaux où la permanence du service social est organisée, généralement quelques heures par semaine. Les services sociaux mutuellistes, non accessibles via des bureaux régionaux, s'organisent via des permanences téléphoniques.

- **Le coût**

Ces différents services ne demandent aucune intervention financière directe.

- **Le regard vers l'avenir**

Ces services n'ont pas d'inquiétudes quant à leur continuité. Cependant, il existe une réelle crainte quant à leur manière de travailler. Une surcharge de travail et la « délocalisation » de certaines structures pourraient être des obstacles au maintien d'un travail de qualité mais surtout de proximité pour la population de nos communes.

Echos du terrain

« Pour l'avenir, la crainte, c'est aussi de laisser de côté, le côté humain, de proximité! Ce serait une perte importante mais on a le sentiment parfois que c'est ce que l'on fait... On délocalise, on regroupe les services et là, alors, on sait plus qui fait quoi, comment... Chacun rejette alors la responsabilité sur l'autre. »

Malgré ces difficultés, les travailleurs sociaux continuent à mettre l'accent sur un travail de collaboration, en réseau et souhaitent continuer à le développer avec l'ensemble des professionnels.

Echos du terrain

« La crainte est pour l'avenir car on entend et on voit que c'est de plus en plus difficile dans les situations... Logiquement, ça va continuer dans ce sens même si, je dois dire, que dans la région, les différentes professionnels font leur maximum... ça c'est un grand point positif, on peut se soutenir, on se connaît et on essaye d'agir et de réfléchir ensemble! »

« Le travail est de plus en plus difficile, lourd… mais il faut maintenir les contacts, les collaborations fructueuses… il en va de la qualité de nos services pour nos bénéficiaires et de la reconnaissance de notre travail ! »

3.2.5. Offre liée à la coordination

LES CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE

- **Les acteurs et leurs pratiques**

Dans le sud de l'arrondissement de Verviers, on dénombre trois centres de coordination de soins et services à domicile : l'ASD (aide et soins à domicile), le SAFPA (Service d'Aide aux Familles et aux personnes âgées) et VAD-Province de Liège (Vivre à Domicile).

Ces centres sont subsidiés par la Région Wallonne.

Depuis 2010, et l'application de leur nouveau décret, les centres de coordination ont connu de nombreux changements : la fusion de certains d'entre eux, le mode de subventionnement, la manière de travailler...

Les centres de coordination ont pour mission d'assister tout bénéficiaire souhaitant rester dans son lieu de vie ou réintégrer celui-ci, avec pour objectifs la continuité et la qualité du maintien au sein du lieu de vie, par les actions suivantes :

- L'analyse de la situation avec le bénéficiaire ou son représentant pour l'examen des besoins d'aide couverts et non couverts, de ses difficultés et de son environnement
- L'élaboration d'un plan d'intervention
- La planification des interventions en concertation avec les services et prestataires
- L'évaluation, chaque fois que c'est nécessaire et au moins une fois par an de la situation du bénéficiaire en fonction de l'évolution de ses besoins
- La stimulation de l'autonomie du bénéficiaire
- La concertation multidisciplinaire lorsqu'elle s'avère nécessaire entre les différents acteurs autour du patient
- En cas de conflit entre les membres du réseau et le bénéficiaire, l'intervention au titre de médiateur dans l'intérêt de ce dernier
- A la demande du bénéficiaire ou de son représentant, ou si la situation le justifie, assister le bénéficiaire et de son entourage dans les choix en vue de préparer la transition du lieu de vie vers une prise en charge en institution.

La Région Wallonne octroie désormais les subventions en fonction de l'activité (70%) et de la population du territoire (30%) du centre de coordination. Le décret du 30 avril 2009 stipule différentes étapes dans la prise en charge du bénéficiaire par le centre de coordination, étapes obligatoires à l'obtention du subside octroyé.

Ces étapes comprennent l'ouverture du dossier (lors d'une première visite), l'élaboration d'un plan d'intervention composé des différents services et/ou prestataires (lors d'une deuxième visite) et l'évaluation (lors de réunions de coordination).

Les indicateurs d'activités sont comptabilisés en points:

- l'ouverture d'un dossier + proposition d'un plan d'intervention (1ère visite) = 9 points.
- l'établissement d'un plan d'intervention effectif (2ème visite) =5 points (y compris les réunions de coordination pour le réaliser).
- la réunion de coordination avec le bénéficiaire =5 points ou sans le bénéficiaire =3 points
- la réunion de réévaluation =5points.

Le nouveau décret présente un côté positif : l'obligation de la première visite à domicile permet une évaluation fructueuse de l'aide à mettre en place autour du bénéficiaire. La seconde visite à réaliser dans les 15 jours est souvent considérée par les coordinatrices comme une contrainte. En effet, la mise en place d'aide, souvent de plusieurs prestataires, demande un certain temps. Il est dès lors difficile d'évaluer le bon déroulement de la prise en charge à domicile dans ce laps de temps si court !

Echos du terrain

« Les bénéficiaires sont essentiellement des personnes âgées. Les coordinatrices remarquent une franche évolution quant à la complexité de la prise en charge médicale : les situations sont plus difficiles. Perfusions et sondes sont désormais du matériel courant à domicile. Le profil des bénéficiaires est plus compliqué: le côté social de leur prise en charge également. La mésentente familiale, qui s'ajoute aux problèmes d'argent, n'engendre pas un climat favorable au maintien à domicile des personnes. »

Les coordinatrices encodent désormais leurs prestations via un programme informatique, pour comptabiliser les points attribués par les indicateurs d'activités, ce qui leur demande un investissement temps supplémentaire et non négligeable. Elles déplorent ce temps dédié à ces tâches administratives et investi au détriment du bénéficiaire.

De plus, les points attribués ne reflètent pas toute la lourdeur du travail effectué ! La réalisation de la réunion de concertation demande du temps, arriver à concilier les agendas des différents prestataires d'aide et de soins étant une tâche ardue. La réalisation d'un plan de suivi du patient est difficile, les demandes du bénéficiaire et les exigences qui y sont liées difficiles à rencontrer.

Echos du terrain

« Les exigences des bénéficiaires augmentent également, que ce soit en terme d'horaire de passage des aides-familiales, des infirmières ou autres prestataires… mais également concernant leurs prestations. Les tâches demandées à ceux-ci dépassent souvent leur cadre de travail. »

« Les patients changent régulièrement de médecin traitant s'ils ont mal pris une remarque de sa part ou si celui-ci ne prend en pas le temps d'aller les voir lorsqu'ils sont hospitalisés. Les bénéficiaires exigent également le passage du médecin à l'heure désirée et ont du mal à accepter le peu de latitude que leur horaire surchargé leur permet. »

« Les coordinatrices ont toujours connu des patients présentant des troubles psychiatriques. Par contre, le problème de l'alcool chez les personnes âgées est de plus en plus récurrent. »

Elles traitent également bon nombre de demandes qui ne nécessitent pas une intervention de coordination, mais renseignent les bénéficiaires. Elles n'ouvrent pas de dossiers pour autant. Cet aspect quotidien de leur travail n'est donc pas comptabilisé mais leur prend cependant énormément de temps. Les coordinatrices se refusent à ouvrir et fermer des dossiers, pour comptabiliser des points, sans avoir à proprement parler coordonné ceux-ci !

Elles souhaitent donner du sens à leur travail. Un nombre de points élevé signifie-t-il donc une charge de travail importante ? La question est à soulever !

- **La couverture spatiale.**

Les CCSSD agrées par la région Wallonne couvrent tout l'arrondissement de Verviers, ainsi que les six communes du sud de l'arrondissement. Nous remarquons cependant une prise en charge plus prononcée des cas coordonnés par ASD-SACODO dans le sud de l'arrondissement, de par l'histoire de l'asbl, présente depuis de nombreuses années avant la mise en application du décret du 30 avril 2009.

- **Le coût**

Les services proposés par les centres de coordination sont entièrement gratuits pour le bénéficiaire. Le patient est libre d'opter pour le centre de coordination de son choix, quelle que soit la mutuelle à laquelle il est affilié. Le centre de coordination est neutre, travaille avec tous les services d'aide et de soins disponibles dans la région.

Echos du terrain

« L'aide intensive à domicile coûte cher (une garde à domicile coûte 40 € par nuit, ce qui équivaut à un montant de 1200 € par mois). Les personnes faisant appel à de tels services sont souvent très âgées. Pour diminuer le coût, ils ne demandent plus la garde à domicile que trois nuits par semaine, c'est alors le souci de l'épuisement du conjoint âgé qui arrive. Pour la plupart des bénéficiaires, l'aide à domicile est possible si la famille est assez présente autour de lui. Si le patient est seul, un maintien à domicile à long terme n'est pas possible. »

- **Le regard vers l'avenir**

Le nouveau système de calcul de subsides mis en place par la Région Wallonne met en péril l'activité des centres de coordination existants, du fait de l'octroi des subsides à raison, entre autres, du nombre d'habitants (comptant pour 30% du montant alloué aux centres). La charge de travail est importante dans le sud de l'arrondissement, où de plus en plus de personnes âgées esseulées font appel à de l'aide extérieure. Plus que jamais, il est nécessaire d'assumer cette fonction de coordination, pivot essentiel dans le déroulement optimal de la prise en charge du bénéficiaire. Les réunions de coordination/concertation permettent aux prestataires d'aide et de soins de se retrouver et de donner une orientation commune à leur prise en charge. Lors de ces réunions, les prestataires discutent des problèmes rencontrés et prennent des décisions de manière collégiale.

Les prestataires interviewés parlent d'une prise de décision plus légère à assumer depuis la mise en place de la coordination : ils peuvent désormais partager et confronter leurs points de vue sur leur prise en charge, dans le respect maximal de la volonté du bénéficiaire. Il est donc primordial d'assurer aux CCSSD un avenir sûr et de les maintenir car ils sont nécessaires à l'exécution d'une coordination efficace.

Le raccourcissement de la durée d'hospitalisation, le nombre restreint de places en maison de repos et les conditions d'accès restrictives en centres de jour rendent le maintien à domicile d'une population vieillissante difficile.

Echos du terrain

« Les bénéficiaires qui peuvent rester le plus longtemps à domicile sont ceux entourés par leurs familles. Ils font parfois également appel à des services bénévoles tels que Hestia, pour leur tenir compagnie. Les familles des bénéficiaires travaillent. Ils ont eux-mêmes des enfants donc sont moins souvent présents pour leur famille. L'éloignement géographique pèse également lourd dans la balance….les services d'échanges locaux se développent tout doucement en région wallonne, ce qui est appréciable pour le maintien de l'aide à domicile. »

La prise en charge optimale des bénéficiaires dans le sud de l'arrondissement est favorisée par l'enthousiasme et la volonté de bien faire des prestataires mais qu'en sera-t-il dans le futur ?

Echos du terrain

« Les relations excellentes des bénéficiaires avec les prestataires, l'entente cordiale entre les prestataires est quelque chose de propre au sud de l'arrondissement... »

Le problème du recrutement du personnel soignant (infirmières et médecins) ainsi que le quota d'heures imposé aux services d'aides familiales sont des éléments qui freinent la réponse aux besoins des bénéficiaires.

Echos du terrain

« En 2010, les services d'aides familiales avaient atteint leur quota d'heures. Il y avait des périodes où la coordination ne savait pas répondre à la demande… »

Mais il existe également des besoins non couverts, exprimés par les bénéficiaires ou repérés par les prestataires qui ne peuvent malheureusement pas y subvenir.

Echos du terrain

« Prise en charge des animaux à domicile lorsque le patient est en convalescence, déménagement des personnes, petits travaux (les robinets qui fuitent)… Autres petits besoins non couverts, mais essentiels : sortir les poubelles. Avant les facteurs prenaient volontiers les poubelles des gens et les mettaient sur le trottoir. Ou alors ceux-ci allaient également chercher des médicaments à la pharmacie lors de leur tournée du courrier. Tous ces services, qui sont une relation d'entraide naturelle et spontanée, se perdent suite à l'augmentation de désir de rentabilité de ces institutions publiques».

3.2.6. Offre institutionnelle, d'accueil hors domicile.

Dans ce dernier point, nous n'allons pas utiliser le guide de lecture comme fait précédemment. En effet, les structures institutionnelles « sortent » du champ du domicile. Cependant, elles sont intrinsèquement liées à son activité... Nous avons décidé de reprendre ci-dessous deux institutions ayant des liens récurrents et des répercussions indéniables sur le vécu des acteurs du domicile ainsi que de manière plus large certains services organisant des activités sociales et relationnelles. L'accent sera donc essentiellement poser sur les liens entre l'institution et le domicile.

L'HOPITAL

Sur le territoire, nous avons répertorié deux hôpitaux : la Clinique Reine Astrid de Malmedy et le CHS « L'accueil » à Lierneux. D'autres hôpitaux peuvent évidemment être actifs auprès d'habitants des six communes : Saint-Joseph à Saint-Vith, le CHPTL ou Saint-Elisabeth à Verviers, Henri Chapelle, La Citadelle, Saint Joseph et le CHU à Liège,…

La clinique Reine Astrid de Malmedy est un hôpital généraliste et peut accueillir des patients présentant des nombreuses pathologies. Ses services sont la médecine, les urgences, les soins intensifs, la maternité, la gériatrie,… De nombreuses consultations sont également réalisées en son sein. A Lierneux, le CHS « L'accueil » est un hôpital psychiatrique. Il comporte différents pavillons de soins (définis suivants, notamment, la pathologie psychiatrique, le sexe et l'âge des patients) ainsi qu'un hôpital de jour, la maison de soins psychiatriques et le service de placement familial.

Selon les statistiques récoltées par l'INAMI, en 2005, la durée moyenne d'une hospitalisation était de 5,9 jours. En 2011, elle est comptabilisée à 5 jours. Il faut noter que le temps d'hospitalisation subit une réduction d'un jour tous les 5 ans.

Il faut également tenir compte du fait que le financement des hôpitaux est calculé sur base de la durée moyenne des hospitalisations, raison pour laquelle ceux-ci essaient d'atteindre cette moyenne ou de se trouver en-dessous.

Les nouvelles technologies (imagerie médicale, nouvelles techniques en cancérologie, en cardiologie,…) sont en constante évolution mais coûtent également cher. *D'après les calculs du SPF Sécurité sociale, le montant total des dépenses courantes consacrées aux soins de santé en Belgique s'est élevé à près de 36,9 milliards d'euros en 2009. A titre de comparaison, ces dépenses étaient de 26,3 milliards d'euros en 2003.*

Les normes vécues par les hôpitaux et prescrites par l'INAMI sont, de ce fait, à l'heure actuelle, de plus en plus restrictives. Une de celles-ci est, sans aucun conteste, la réduction du temps d'hospitalisation. En effet, la durée d'hospitalisation est dépendante des pathologies du patient et tient de moins en moins compte de sa situation personnelle, environnementale ou familiale. D'autres initiatives/projets allant dans le même sens sont également en train de prendre forme… (le projet 107 avec la fermeture de lits psychiatriques). Face à ces directives, la réduction du coût lié à l'hospitalisation est une des motivations citées par l'INAMI.

Echos du terrain

« Notre délai d'intervention est donc réduit… à peine arrivé, le patient doit déjà réfléchir à sa sortie! »

« La durée de l'hospitalisation se voit aussi souvent réduite... avant, une personne âgée pouvait "attendre" à l'hôpital qu'une place se libère en maison de repos, ce n'est plus le cas! Il faut chercher une place plus loin, même si on sait parfois que la solution n'est pas "la" bonne! »

Face à cela, les professionnels de l'hôpital ressentent une pression constante et parfois, une frustration dans leurs interventions respectives. Ces tendances ont évidemment un impact important sur les patients.

Echos du terrain

« Cette réduction dans le temps d'hospitalisation a changé notre manière de travailler; on a moins le temps et on doit trouver des solutions rapidement... et parfois inadéquates, ce qui rend aussi le travail frustrant! La durée du séjour est vraiment une des contraintes principales de notre travail, et de celui des travailleurs de l'hôpital! Les patients et leur famille se retrouvent en difficulté par rapport à cette contrainte. »

Le « domicile » est touché de plein fouet par cette tendance. Les professionnels du domicile craignent pour la qualité de leur intervention et la répercussion sur leurs bénéficiaires/patients. Ils se retrouvent face à des personnes dans des situations de soins et d'aide plus complexes qu'auparavant.

Echos du terrain

« Une de mes craintes est vraiment l'application du projet 107 car des patients vont devoir rester à domicile mais sans suivi particulier et régulier par manque notamment de moyens... déjà aujourd'hui la prise en charge de patients psychiatriques à domicile est relativement compliquée dans notre région… toujours par manque de moyens - on a pas de SPAD… alors si on augmente, en fermant des lits, leur nombre sans moyens supplémentaires pour les équipes de terrain (comme les infirmières, les aides familiales,…)… ça parait complètement absurde… »

« Concernant le projet 107, il y a une crainte énorme que tout repose désormais sur l'aide familiale, sans plus pouvoir réinterpeller l'institution… avec en plus la crainte de ne pas connaître ou reconnaître les signes déclencheurs de décompensation. On a peur que l'aide familiale, une fois en place, se retrouve seule dans la situation et soit en danger. »

« Le projet 107 aura plus que certainement des retombées sur les services d'aides et de soins à domicile - avec des prises en charge encore plus lourdes!... il faut leur donner les moyens de faire face… »

Les prestataires du domicile préconisent donc des moyens supplémentaires aux services existants pour faire face aux difficultés inhérentes à cette réalité hospitalière.

Echos du terrain

« On éprouve souvent la difficulté d'apporter une aide correcte lors des sorties précipitées de l'hôpital. Parfois, il nous arrive de refuser de "bricoler" dans des situations mettant le bénéficiaire et le prestataire en danger. »

« A l'hôpital, on connaît plus de demandes vers le domicile car les institutions (MRS, hôpitaux psychiatriques, revalidation,…) sont souvent complètes et donc, en attendant, la seule solution est l'organisation d'un retour… parfois, on sait que c'est pas l'idéal... mais on a pas d'autres solutions ! »

Le risque encouru par les patients lors de ces sorties précipitées est non négligeable. Détresse, isolement, sentiment d'incapacité et perte d'autonomie s'ensuivent. Pour les prestataires également, le risque est grand : découragement, sentiment d'impuissance et « révolte » contre un système qui ne prend pas en compte l'humain dans sa globalité mais s'attache à « réparer » un dysfonctionnement organique chez le patient, sans tenir compte de sa situation de vie et des répercussions inévitables sur son état de santé, tant physique que moral.

Echos du terrain

« Pour faire face, il faut donner plus de moyens aux services existants! Le tout n'est pas de créer des nouveaux services… qui risquent encore de complexifier davantage l'offre et donc créer une confusion chez le patient… il faut dégager des moyens financiers pour le domicile… pour revaloriser ces métiers, donner du temps aux personnes aidées et augmenter le personnel en place…»

« Je pense qu'à l'heure actuelle, on aura de plus en plus besoin de soins et services car on se rend compte que les personnes sortantes de l'hôpital sont moins autonomes (car durée de séjour réduite) et qu'il existe une saturation de places en institutions (MR/Mrs)… Parfois, on fait appel aux intervenants du domicile car on n'a pas le choix, on sait que ce n'est pas adéquat mais on n'a pas d'autres solutions... Le côté positif est que parfois, ça stimule des ressources parfois insoupçonnées... mais c'est risqué! »

Les liens entre les hôpitaux et le domicile ne sont pas toujours simples. Les rythmes vécus de part et d'autre sont bien différents. Les réalités de chaque secteur sont souvent méconnues par l'autre et créent des situations difficiles pour les patients. La collaboration est donc d'une importance capitale pour la continuité des soins.

Echos du terrain

« La liaison hôpital-domicile est souvent difficile. Il y a peu d'information, surtout au niveau de la médication. La liaison est manquante… et ce n'est pas toujours très professionnel. L'hôpital ne sort pas de l'hôpital, c'est toujours le domicile qui doit se déplacer à l'hôpital pour obtenir des informations sur l'état du patient. »

Dans les services de gériatrie, la prise en charge du patient se travaille de plus en plus en multidisciplinarité. Cette évolution n'est cependant pas marquée au niveau des services d'hospitalisation classiques, où le service social de l'institution hospitalière joue alors un rôle prépondérant dans la préparation du retour à domicile. Malgré cela, la sortie de l'hôpital, moment charnière -et lourd de conséquence s'il est mal préparé !-, reste difficile à gérer tant pour les acteurs intra-hospitaliers que pour les prestataires du domicile.

Echos du terrain

« Ce qui manque : c'est une liaison hôpital/domicile. La coordination se fait très peu entre l'hôpital et le domicile, mais se fait plutôt entre acteurs du domicile ou entre acteurs intra hospitaliers. Il faudrait des acteurs de transversalité. À part les médecins traitants qui le font il n'y a personne d'autre qui assure cette fonction. C'est un clivage très coûteux. Le problème est qu'après l'hospitalisation, on recommence tout à zéro, ce qui est une source de confusion pour la personne, une source d'insécurité. »

L'hospitalisation est un moment majeur dans le processus permettant à la personne de recourir aux soins et aides disponibles. Lors d'une hospitalisation, il n'est pas rare d'assister à une prise de conscience de la perte d'autonomie et donc de la nécessité de faire appel à une aide extérieure. En cas d'hospitalisation, on remarque soit le déclenchement d'une aide professionnelle structurée soit la demande d'entrée en maison de repos.

La préparation de la sortie de l'hôpital va donc permettre la mise en place des aides et des soins nécessaires à domicile mais doit aussi s'appuyer sur une communication efficace et en temps réel entre professionnels de la santé.

Echos du terrain

« Avec les hôpitaux, on a mis en place une infirmière "communication" pour les patients hospitalisés. Elle fait le tour des hôpitaux pour obtenir les informations utiles et va évidemment voir le patient: la collaboration n'est pas toujours évidente… mais de manière générale, ça permet de ne plus avoir de "surprises" lors des retours. »

« Parfois, mais je dirais peut-être beaucoup moins qu'auparavant… enfin ça dépend aussi des hôpitaux et des professionnels concernés, l'organisation des sorties reste un défi… Pour meilleur exemple ; avant on avait beaucoup de sorties le vendredi après-midi où la mise en place d'une structure à domicile était sommaire… comparée à un lundi, par exemple… »

Malgré les difficultés existantes, des collaborations existent et fonctionnent pour aider les patients à faire la transition entre la prise en charge hospitalière et celle du domicile. Des lieux de concertation ont été créés. La connaissance interpersonnelle des travailleurs de terrain est sans aucun doute un élément facilitateur. Une vigilance doit cependant être maintenue et continuellement développée pour assurer un travail et surtout des soins et des aides de qualité aux patients concernés. Le travail en réseau et intersectoriel est donc de mise afin de faciliter les échanges entres prestataires intra et extrahospitaliers.

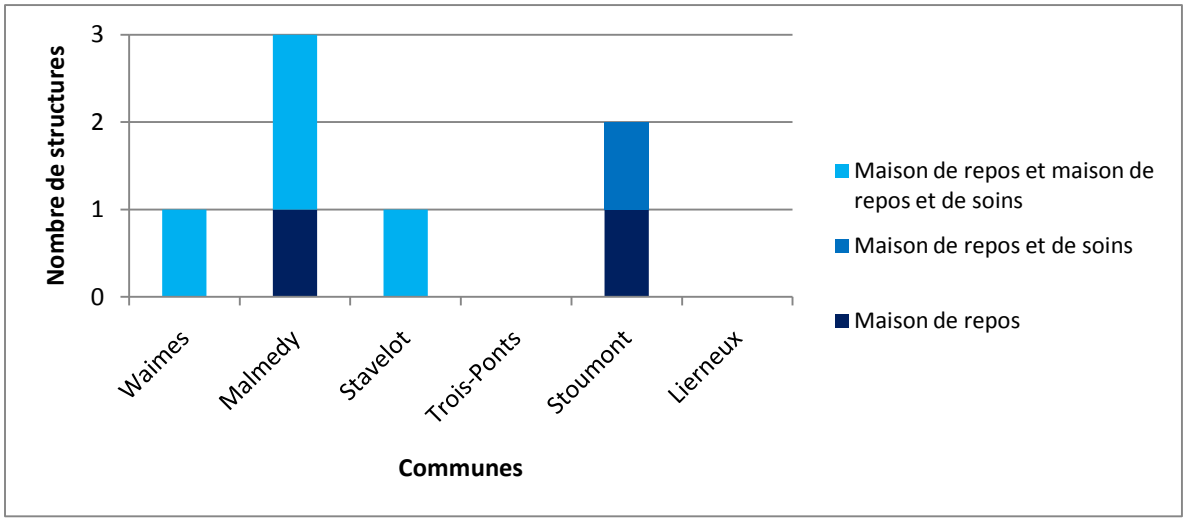
Echos du terrain

« Avec l'hôpital, les contacts sont plutôt positifs… même si, je n'ai pas le temps d'aller voir mes patients hospitalisés… C'est vrai que la durée des hospitalisations me semblent plus courtes aujourd'hui… maintenant on fait de plus en plus au domicile aussi. »

LA MAISON DE REPOS ET/OU DE SOINS

On dénombre sur les six communes, sept maisons de repos et/ou de soins : le home Sainte-Elisabeth à Waimes, la résidence du Grand Fa, Les Arcades et le home Saint-Vincent de Paul à Malmedy, la résidence Ferdinand Nicolay à Stavelot, Les Fuchsias et la maison de repos et de soins Philippe Wathelet à Stoumont.

Elles sont réparties comme suit sur l'ensemble du territoire :



A Waimes, on compte 1 maison de repos et/ou de soins. A Malmedy, on dénombre 2 maisons de repos et/ou de soins et 1 maison de repos. A Stavelot, il y a 1 maison de repos et/ou de soins. A Stoumont, on compte 1 maison de repos et de soins et 1 maison de repos.

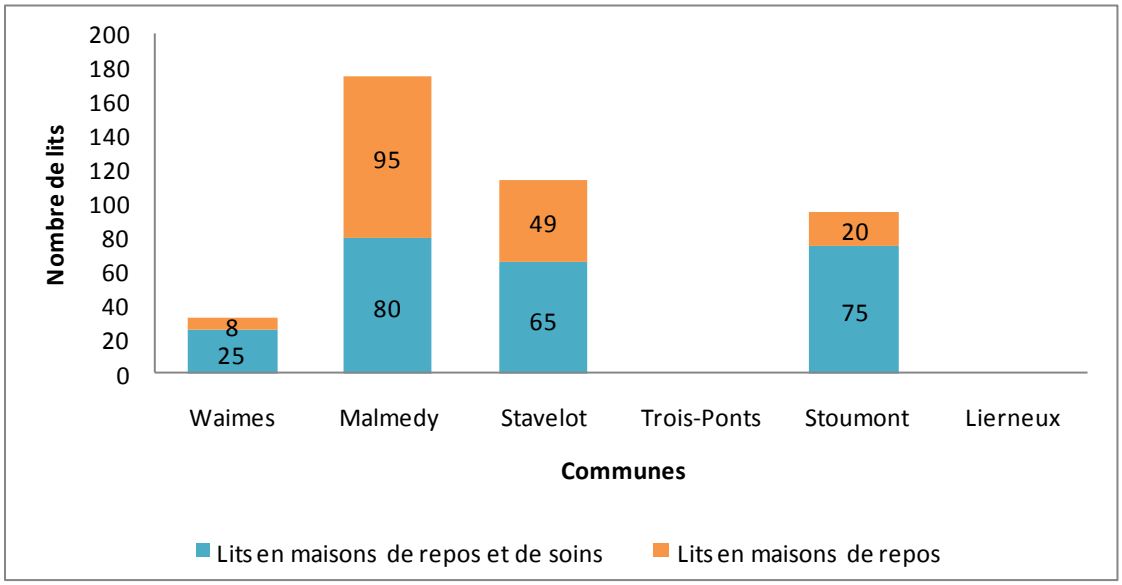
Sur l'ensemble des communes, trois maisons fonctionnent de manière privée (2 à Malmedy et 1 à Stoumont). Les autres sont des maisons gérées par les Cpas de leur commune ou en intercommunale. Dans ces dernières, les habitants de la commune sont prioritaires. A Trois-Ponts et Lierneux, aucune maison de repos et/ou de soins n'existent. Les habitants de ces communes ne sont donc pas prioritaires dans aucune maison de repos et/ou de soins et peuvent alors connaître encore plus de difficultés.

Echos du terrain

« Pour les personnes inscrites sur liste d'attente, on donne priorité aux personnes vivants sur la commune. »

« Une liste d'attente est toujours active et comporte 3 niveaux prioritaires ; les personnes de la commune, les personnes dont la famille vit dans la commune et les personnes hors commune. »

Sur l'ensemble des maisons de repos et/ou de soins, on comptabilise 417 lits répartis comme suit :



A Waimes, on compte 33 lits dont 25lits MRS et 8 lits MR. A Malmedy, le total des lits est 175 lits dont 95 lits MR et 80lits MRS. A Stavelot, on dénombre 114 lits répartis en 49 MR et 65 MRS et à Stoumont, il y a 95 lits dont 20 lits MR et 75 MRS. Au total, on dénombre donc 245 lits MRS et 172 lits MR.

La différence des lits MR et MRS se marque dans l'état de dépendance de la personne. Si la personne est autonome ou légèrement dépendante, la maison de repos conviendra mieux à son état de santé. Par contre, si la personne a besoin de soins et d'attention permanents dans un cadre médicalisé, la maison de repos et des soins sera alors plus adaptée. C'est l'échelle de Katz qui est utilisée dans le secteur afin de mesurer le degré d'autonomie de la personne.

Cette distinction entraîne souvent des difficultés à l'entrée pour les personnes présentant les critères MR. En effet, de manière générale, moins de places MR sont disponibles mais aussi vacantes. De plus, l'échelle de Katz n'est pas toujours représentative des difficultés vécues au quotidien.

Echos du terrain

«… Les personnes répondant aux critères MR ont actuellement très peu de chance d'entrer dans notre institution tant qu'ils sont MR. En effet, la plupart des résidents qui décèdent sont MRS et doivent donc être remplacés par des MRS. Nos résidents MR restent longtemps MR (peu de passages de MR en MRS) et certains résidents entrés MRS récupèrent et redeviennent MR… »

« L'entrée et l'évaluation de l'état de la personne se fait suivant l'échelle de Katz qui se fait à l'entrée en maison de repos… On se rend compte que la solitude que les personnes connaissent à domicile engendre souvent une dégradation de l'état général et donc, une fois, que ces personnes sont inscrites dans un cadre, elles reprennent généralement des forces (manger à un horaire fixe, soins,...) et que les critères déterminés à l'entrée ne sont plus valables… »

« … je voudrais pointer (que) l'obligation d'utiliser l'échelle de Katz des MR/MRS n'est pas adaptée aux problèmes rencontrés à domicile. Par exemple, nous avons sur notre liste d'attente une dame souffrant de la maladie d'Alzheimer, tout à fait autonome, mais qui met le feu à la poubelle, congèle et décongèle les aliments, n'ouvre pas la porte aux aidants à domicile, se promène à toute heure du jour et de la nuit le long de la grand route sur laquelle donne sa maison,… Il est évident que la laisser à domicile constitue un grand danger pour elle. Mais pour nous, elle est MR et nous n'avons donc pas de place à lui proposer. … Nous devons fréquemment faire le constat du fossé entre une situation intenable à domicile et l'impossibilité de les accueillir en raison d'une dépendance insuffisante. »

A l'heure actuelle, les maisons de repos et/ou de soins fonctionnent avec des listes d'attente. Dans notre région comme dans notre pays, l'offre est donc saturée. Cette saturation entraîne de manière évidente une répercussion sur les services d'aide et de soins à domicile.

Echos du terrain

« La demande pour entrer en maison de repos ne fait qu'augmenter… La liste d'attente est quasi toujours saturée et je pense que ça va continuer dans ce sens étant donné la population vieillissante et il me semble que ça va être pareil pour le secteur des aides à domicile... Les demandes vont encore augmenter! »

Ces listes d'attente connaissent une durée variable et peuvent avoir des effets bien différents. Parfois, ça permet d'actionner à domicile des ressources insoupçonnées (aides à domicile, famille, réseau informel,…). Lorsque leur état ne leur permet pas de patienter, une maison de repos et/ou de soins plus éloignée sera recherchée. Pour la plupart des personnes, cette situation est vécue difficilement. La décision d'entrée en maison de repos prise, elles se voient « déracinées » de leur lieu de vie… Généralement, cet éloignement est déterminé dans le temps. Dès qu'une place est disponible pour la personne dans la région, la personne est désireuse d'un retour.

Echos du terrain

« Le délai peut être de plusieurs mois … Les personnes ont alors trouvé d'autres ressources et ne sont plus, quand on les appelle, pour une entrée éventuelle, en moment de crise! »

« Le temps d'attente est très variable. Mais dans l'absolu, je pense qu'il y a trop peu de places en MRS, on donne des refus, les gens vont voir plus loin... »

« Souvent, quand une demande est formulée, il faudrait une entrée quasi immédiate! Les personnes doivent souvent passer par d'autres maisons plus loin... »

« A l'heure actuelle, des patients doivent aller bien plus loin pour trouver place, ce qui casse la continuité au niveau des soins mais aussi de l'environnement de la personne. »

Dans notre région, différentes maisons de repos et/ou de soins essayent d'augmenter et de varier l'offre possible. Certaines maisons de repos augmentent le nombre de lits MR et créent des structures innovantes dans la région. Au home Sainte-Elisabeth à Waimes, il y aura des lits réservés au court séjour, des places d'accueil de jour et à moyen terme des places en résidence service. Au Grand Fa, on verra apparaître des possibilités de court séjour ainsi que des possibilités de résidence service. A Stavelot, il y aura une unité spécifique pour les personnes désorientées. A la maison de repos et de soins Philippe Wathelet, un cantou sera mis sur pied. Cette diversité dans les possibilités d'accueil est très attendue. Elle permettra de répondre à des besoins de répit momentané pour la personne comme son entourage, des prises en charge spécifiques pour personnes désorientées, … mais permettra aussi de créer des liens entre le domicile et la maison de repos et/ou de soins.

Malgré cet effort considérable, d'autres pistes doivent encore être réfléchies. Des lieux d'accueil, transitoires apparaissent, pour beaucoup, comme indispensables dans les situations vécues actuellement. Ces lieux devraient être ouverts tant pour la personne que pour son entourage.

Echos du terrain

« Face aux "nouveaux besoins" rencontrés par la population, il reste du travail… notamment par rapport à tout ce qui est démence (Alzheimer, Parkinson,…)…nous, on voit quand même qu'il y a de plus en plus de personnes âgées atteintes de ces pathologies mais sans prise en charge spécifique… ce qui rend le travail et la cohabitation…ici pour les autres pensionnaires… difficile… par crainte, par manque de temps, par méconnaissance aussi… Ce sont des prises en charge lourdes,...et donc aussi à domicile, l'encadrement de la famille et surtout du conjoint est très important... Parfois, on en arrive à des situations dramatiques parce que l'aidant est à bout... »

L'entrée en maison de repos et/ou de soins reste un moment clé. Dans la plupart des situations, des aides à domicile sont en place. Cependant, très peu de relais existent et sont faits entre le domicile et la maison de repos. Dans certaines maisons de repos et/ou de soins, une préparation de l'entrée est organisée pour la personne, les professionnels et l'entourage via des visites à domicile,…

Echos du terrain

« Je fais toujours une visite à domicile avant l'entrée en maison de repos, ce qui permet généralement d'avoir un premier contact avec la personne et de diminuer l'anxiété liée à l'entrée pour la personne âgée mais aussi souvent pour la famille. »

« L'entrée est un moment crucial qu'il faut préparer avec la personne et avec sa famille. La visite est déjà un premier moment important où toutes les questions, craintes peuvent être abordées… puis généralement il y a la liste attente… »

« On demande aussi à la famille de venir visiter avec la personne afin de dédramatiser ou de rendre les choses réelles…ça, ça aide beaucoup les personnes pour préparer leur entrée… ainsi ils peuvent se projeter. »

« Le nombre de personnes inscrites est très variable! Ce qui est surprenant, c'est qu'une fois que l'inscription est réalisée, ça équivaut au placement pour beaucoup de personnes... alors que la préparation à l'entrée est, reste capitale… Par rapport à l'entrée, la psy de la maison va voir les personnes chez elle pour les aider, les préparer à l'entrée en maison de repos. Mais c'est aussi important inversement… que la personne vienne voir notre maison... »

« L'importance du moment du placement, de la décision doit être aussi mieux réfléchie … ça devrait se faire à un moment optimal … pour que l'adaptation de tous se passe au mieux…quand la personne est encore capable de s'adapter et que les familles ne sont pas au bout de ce qu'elles peuvent offrir! Si les personnes souffrent d'une maladie évolutive et qu'on devine, lors de la prise en charge, qu'une entrée en maison de repos est possible, il est important de préparer la personne, d'en parler! ça permet une qualité pour l'entrée et un accompagnement à domicile. Il doit y avoir un lien entre le domicile et la maison de repos, une continuité...mettre la personne dans les conditions adéquates. L'objectif étant que la personne puisse s'approprier les murs! »

« On a pas beaucoup de contacts avec les intervenants du domicile, notamment par rapport à la passation, au relais… c'est dommage car les intervenants du domicile détiennent bien souvent une partie importante du vécu de la personne. Souvent, l'objectif au domicile est d'aller le plus loin possible dans l'accompagnement mais parfois l'objectif devrait être de passer le relais à un moment opportun… peut être mieux traitant pour la personne…en accord avec elle évidemment! D'où l'importance de la concertation entre professionnels du domicile et la personne elle-même... Ce qui serait utile, à mon sens, c'est d'avoir des lieux de dialogue, de rencontre possible entre domicile et la maison de repos. »

« On devrait créer un partenariat plus important autour du placement… des réflexions, des anticipations… et donc une réelle préparation pour la personne et sa famille! Les relais sont donc très très importants… »

« Il faut continuer à travailler sur le relais entre le domicile et les maisons de repos. Les aides familiales ne peuvent pas intervenir quand la personne est hospitalisée et idem en maison de repos… alors qu'il serait bien qu'on puisse pour elle et puis parfois aussi pour nous, "terminer", aboutir l'accompagnement réalisé parfois pendant des années au domicile… et d'un jour à l'autre c'est fini! Beaucoup d'entre nous le font de manière bénévole... vont revoir le bénéficiaire! Je sais que ça donnerait encore plus de travail et de nouveau augmenterait les coûts mais cela semble important d'assurer ce relais avec et pour la personne! »

L'hospitalisation est souvent vécue par les personnes comme un moment de réflexion où elles se projettent dans l'avenir… C'est souvent un moment de décision pour l'entrée en maison de repos et/ou de soins, suite à une chute, une dégradation de l'état de santé, un sentiment d'insécurité à domicile,…

Echos du terrain

« L'hôpital est souvent demandeur pour des personnes car là, elles sont en moment de crise… mais on a rarement des réponses directes à apporter »

« … La difficulté principale entre le domicile et la maison de repos est l'entrée car on a souvent le sentiment qu'il y a urgence! D'ailleurs, c'est bien souvent via une hospitalisation que la décision se prend! »

« On a pas de solutions d'urgence pour les personnes âgées… L'hôpital est un lieu de traitement avec des durées de séjour de plus en plus courtes et donc pour les moments de crise... la prise en charge est souvent trop courte! »

« Le service social de la clinique est un acteur important dans l'entrée en maison de repos… l'hospitalisation est souvent un moment pour stopper le domicile.»

Le coût de la maison de repos est variable d'une structure à l'autre. Cependant, celui-ci est relativement conséquent pour les personnes. Il varie, généralement, entre 1000€ et 1500€. Cette variation peut également dépendre du niveau de confort, du type de chambre,…

Echos du terrain

« Le coût de la maison de repos est relativement conséquent… pour les personnes, on arrive à environ 1250€/mois pour une chambre seule … pour une chambre commune, c'est plus ou moins 1000€/mois. »

« Le coût de la maison de repos est souvent mis en avant…même si ici c'est encore relativement raisonnable. Parfois aussi au domicile, la personne connaît vraiment des coûts importants… Il y a cette pression financière … »

Les demandes d'entrée en maison de repos et/ou de soins se font de plus en plus tard … L'âge moyen en Belgique est de 84 ans. De plus, les profils et pathologies des personnes entrantes sont également en évolution. Ces modifications entraînent automatiquement des interventions différentes au sein de la maison de repos et/ou de soins.

Echos du terrain

« Les demandes viennent de personnes âgées mais vraiment plus âgées… Avant, on avait des personnes qui vivaient des années… parfois 20 ans en maison de repos,… aujourd'hui, on vient le plus tard possible! »

« Les personnes qui entrent aujourd'hui en maison de repos sont généralement plus "mal en point"... Mais de manière générale, on vit mieux plus longtemps. »

« Le profil des personnes âgées en MR a évolué … on a plus des personnes dépendantes, désorientées,… car on connaît une évolution des prises en charge à domicile aussi… par des actes, des soins plus importants, qu'on ne faisait peut-être pas avant, du matériel plus disponible et adéquat, parfois des prises en charge par manque de places ailleurs... »

Le manque de personnel soignant est également reconnu en institution. La pénurie crée des difficultés dans le recrutement et le maintien des effectifs.

Echos du terrain

« Une de nos difficultés actuelles et principales est le manque de personnel; on connaît en institution comme à domicile un manque criant de professionnels! »

« On connaît des difficultés de recruter du personnel, surtout pour les aides-soignants… »

Un défi pour le secteur des maisons de repos et/ou de soins est l'évolution des pratiques en parallèle avec l'évolution des mentalités, de la société… des générations à venir. Ce défi est également de mise pour le domicile.

Echos du terrain

« Les mentalités par rapport à la maison de repos doivent encore évoluées et les maisons de repos elles-mêmes aussi; on va devoir laisser de plus en plus de place à la personne âgée... maintenant, on commence à toucher des générations plus individualistes, qui revendiquent le choix de la manière dont elles veulent vivre et mourir!»

LES ACTIVITES SOCIALES ET RELATIONNELLES

Pour énormément de professionnels rencontrés, l'isolement social et la solitude sont des problèmes persistants à domicile. L'apparition de problème de santé est souvent un déclencheur d'un repli sur soi. En effet, la personne est alors en perte d'autonomie (physique et/ou psychique).

Les activités hors domicile demandent souvent à la personne dépendante beaucoup d'énergie (organisation de transport, accompagnement d'une tierce personne, lutte contre l'angoisse,…). Les professionnels mentionnent régulièrement que leur passage est le seul auprès de nombreuses personnes isolées.

Donc, au-delà de leur présence pour un « acte » particulier (par exemple ; pansement pour l'infirmière, nettoyage pour l'aide-ménagère, préparation de repas pour l'aide familiale,…), les professionnels du domicile joue un rôle important et inestimable de lien social.

Différents services existent sur l'ensemble de la région afin de favoriser le maintien et/ou la création de liens sociaux via la réalisation d'activités, d'espace de convivialités,... hors domicile. Ceux-ci regroupent à la fois des services d'insertion sociale (Couleur Café à Malmedy, A bas mont à Lierneux, « Que Novele » à Stavelot,…), des services de la Croix-Rouge (Bar à Soupe, après-midi papote,…) mais aussi des associations en lien avec les mutuelles (Altéo,…), des clubs de pensionnés (souvent organisés par village),…

Echos du terrain

« Sortir de l'isolement les personnes est un combat quotidien… malgré toute la structure des aides et des soins à domicile mis en place autour du patient… Il est important aussi de permettre à la personne de sortir de chez elle, d'aller vers l'extérieur,… ça fait partie de… c'est le pouvoir de garder son autonomie. »

« Le service apporte un "plus" par rapport aux services de soins et d'aide à domicile, qui assurent seulement les "fonctions vitales"… on essaye de pallier au sentiment de solitude des personnes. »

« Le service permet d'offrir un lien humain de qualité. Ce n'est pas un endroit de soins, mais un accueil "portes ouvertes",… »

« Le Pôle contact permet la reconstruction de la coupure des liens avec un moment d'accueil où le service ne demande rien aux gens, juste permettre aux personnes d'être avec d'autres »

Ces services fonctionnent avec des professionnels mais aussi avec des bénévoles. Ces activités sont souvent organisées dans un souci de proximité et de rupture de l'isolement vécu par certaines personnes à domicile.

Les services mentionnés ici réalisent leurs activités hors domicile. Cependant, il existe le service Hestia de la Croix-Rouge qui réalise des visites à domicile de bénévoles afin de rompre la solitude de certaines personnes à domicile.

Echos du terrain

« Leur intervention se fait dans des situations de solitude… que les services d'aide à domicile ne peuvent assumer, souvent par manque de temps. C'est un nouveau service… en développement. »

De plus, le bénévolat, en lui-même, peut également pour certaines personnes avoir ce rôle de maintien de lien, de gestion du temps libre, de création d'un cadre de vie stimulant,… Le bénévolat est donc un moyen à la fois de solidarité, d'entraide à l'autre mais aussi mobilisation et de valorisation personnelle.

Echos du terrain

« Chacun y trouve son compte… Il y a un bénéfice pour les bénévoles autant que pour les personnes aidées. »

« C'est un Bénévolat aussi bien « bienfaisant » pour le bénévole que pour le bénéficiaire. »

« Les bénéficiaires ont besoin de se sentir utiles dans la société. Certains patients viennent pour donner du soutien aux autres bénéficiaires et se sentent ainsi utiles, donnent du sens à leur vie. »

Une donnée importante et récurrente est l'instabilité de fonctionnement de tels services car ils obtiennent généralement des moyens limités. Ces services fonctionnent soit via la volonté de certains participants (club de pensionnés, …), soit reposent sur la détermination de certains bénévoles et/ou des personnes les encadrant, soit via des subsides en tant que service à finalité sociale.

Echos du terrain

« On obtient des moyens limités mais l'accent est mis sur l'importance de la rencontre lors des différents ateliers »

« Notre réalité financière est plus que très limitée!... La survie du service est en jeu ! »

Ces espaces de convivialité ouverts à tous rencontrent généralement des publics spécifiques. Les uns seront utilisés par des personnes âgées actives, d'autres par des personnes avec des troubles psychiatriques, ou encore des personnes démunies socialement,…

Echos du terrain

« On a vu l'arrivage massif de personnes déstructurées, pour lesquelles les offres d'ateliers n'étaient pas adaptées et faisaient exploser les activités. Ces personnes, souffrant de troubles de santé mentale, ont finalement effrayé les autres participants. »

La mobilité, pour certaines personnes, est un frein important dans la participation à de telles activités. Une mobilisation tant physique que psychique apparaît réellement comme des difficultés inhérentes à ces services.

Echos du terrain

« On remarque qu'il y a un problème du transport qui empêche les bénéficiaires habitant plus loin de se rendre au service. »

Malgré certaines difficultés, ces services sont des relais importants pour les personnes isolées à domicile.

Echos du terrain

« Notre service contribue au maintien à domicile des personnes en favorisant leur équilibre. »

3.2.7. Offre gérée par différents niveaux de pouvoirs

Au travers de l'analyse des offres de soins et de services à domicile, un constat est à noter. En effet, les offres possibles à domicile sont gérées par différents niveaux de pouvoir. Différentes autorités sont donc compétentes dans le secteur du domicile ; l'inami, la région wallonne et les communes.

Chaque autorité fonctionne de manière relativement indépendante, même si des organes de concertation existent entre elles.

Cette disparité entraîne des difficultés. On se rend compte que des prises de décisions émises d'un côté ont des répercussions indéniables sur les services gérés par l'autre côté. Les conséquences sont parfois lourdes pour les soins et services : augmentation des demandes, création et multiplication de services similaires, …

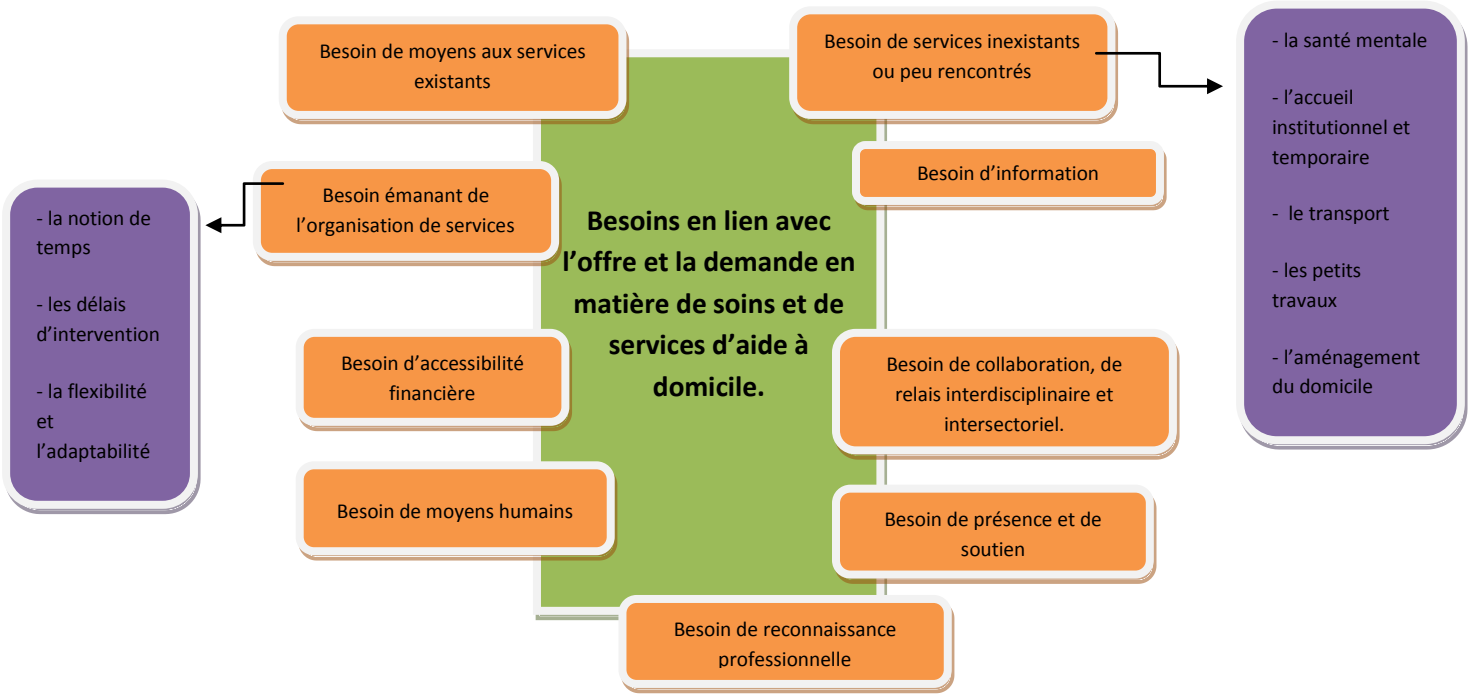
Ces conséquences ont aussi un impact important sur les bénéficiaires. Déjà confrontés à des problèmes de santé, ils doivent faire avec des normes, des législations émises de différentes autorités et n'allant pas toujours dans le même sens, bien éloignées de leur préoccupation quotidienne.

Partie 4 : L'articulation entre les demandes, les besoins et les offres sur les six communes du sud de l'arrondissement de Verviers.

Tout au long de ce travail, nous avons pu rencontrer une multitude de prestataires d'aide et de soins, préoccupés par le bien-être des bénéficiaires pour lesquels ils souhaitent une intervention optimale. Nous avons également rencontré ces bénéficiaires, témoins privilégiés de la pratique quotidienne des acteurs du domicile et de leur mode de fonctionnement. Au travers de ces rencontres, nous avons donc essayé d'approcher la notion de besoins réels.

En effet, la notion de besoin réel est difficile à appréhender. Lors de nos entretiens, nous avons principalement rencontré l'expression des besoins diagnostiqués et ressentis.
Comme nous l'avons formulé dans la « Partie 1 », les besoins diagnostiqués sont formulés par des «spécialistes » reconnus pour leurs compétences dans le domaine concerné. Il s'agit des professionnels interviewés.
Les besoins ressentis sont exprimés par la population, les bénéficiaires ou leurs représentants. Ils témoignent d'un avis, d'une vision, d'un ressenti ou d'une expérience personnelle.
La combinaison des deux approches permet, en croisant les regards, d'adopter une vision assez proche de la réalité des besoins.

Ces besoins sont le reflet des lacunes et des manques importants dans notre région. Ils sont la traduction des difficultés rencontrées dans le secteur des soins et services à domicile à un moment donné.



Lors de nos entretiens, nous avons donc pu répertorier la liste des besoins suivants, non ou peu satisfaits dans notre région:

- **Besoins de moyens aux services existants**
  L'avis général des personnes rencontrées est qu'il existe déjà une multitude de services pouvant répondre à un certain nombre de demandes. En effet, la difficulté relevée tant par les professionnels que les bénéficiaires est de savoir à qui faire appel et pourquoi… La multiplication des services tend à rendre l'accès et l'orientation de ceux-ci difficiles. L'intérêt n'est donc pas de continuer à multiplier les services mais plutôt de renforcer les services existants, de leur donner les moyens suffisants et nécessaires pour accomplir leur mission. La reconnaissance pour certains, un meilleur subventionnement pour d'autres,… l'aspect financier reste le « nerf de la guerre » de beaucoup de soins et services à domicile.

- **Besoins émanant de services inexistants ou peu rencontrés**
  Cependant, quelques services sont réellement absents du territoire et pourraient répondre à de réelles demandes.

  - ***Santé mentale***
    Dans ce domaine, les besoins sont édifiants. Les structures existantes sont loin d'être suffisantes ; un seul centre de santé mentale est actif sur le territoire. Des consultations de psychologues privés existent mais l'accessibilité financière est nommée comme un frein. D'autres services font carrément défaut telles que les SPAD, clubs thérapeutiques, accueil de jour, consultations psychiatriques,… Malgré le manque évident de relais et de structures en santé mentale, des projets sont mis en place pour favoriser le maintien à domicile (tel que le « projet 107 »). La crainte des professionnels (médecins généralistes, aides familiales,…) est réelle face à l'augmentation, au domicile, de patients en difficultés psychiatriques sans l'apport de services compétents et de nouveaux moyens concrets au sein de la 1ère ligne de soins et services à domicile.

  - ***Transport***
    La mobilité est un élément essentiel pour les personnes dépendantes en milieu rural. Des initiatives existent et fonctionnent, basées surtout sur le transport médicalisé non urgent. Cependant, les services de transport, accessibles à tous, manquent afin de permettre des déplacements optimalisés, reflets du maintien actif de l'intégration dans une part de la vie sociale.

  - ***Petits travaux***
    L'accessibilité à des entreprises de « petits services », de « brico-dépanneurs » tels que le déneigement, la tonte des pelouses, petites réparations en tous genres,… est difficile dans notre région. Ces services sont souvent assurés par des personnes solidaires mais de façon inconstante. Ils ne font pas actuellement l'objet d'une offre systématisée.

- ***Accueil institutionnel ou temporaire***

  Le manque de place en maison de repos est une réalité sur l'ensemble de nos six communes. Conjointement à ce manque, on ne répertorie aucun service d'accueil de jour, de répit, de court séjour, d'accueil de nuit,… d'initiatives permettant aux personnes un relais temporaire vers des structures adaptées. Ces initiatives pourraient favoriser le maintien à domicile. Certains projets sont cependant en cours dans notre région. En lien avec le besoin nommé ci-dessus, la proximité de tels services doit être réfléchie : créer de tels services demande également de réfléchir aux problèmes de transports inhérents dans notre région. A l'heure actuelle, le manque flagrant de places disponibles tant dans des structures institutionnelles que temporaires contribue à l'épuisement des aidants proches et des prestataires réunis autour de la personne aidée.

- ***Aménagement du logement***

  Etant donné les demandes de plus en plus complexes au domicile, l'aménagement de celui-ci devient incontournable tant pour le bénéficiaire qui doit s'y déplacer, y vivre que pour les professionnels qui doivent s'adapter aux conditions de vie de la personne aidée. De tels services existent mais doivent être développés afin de permettre l'accès à toutes les demandes, dans des délais respectables.

- **Besoins émanant de l'organisation des services**

  L'offre actuelle répond relativement bien aux demandes formulées mais ne parvient pas à satisfaire totalement les demandes. Cependant, tous s'accordent à dire qu'il est plus que nécessaire de renforcer les structures existantes et d'y allouer plus de moyens. Comme nommé précédemment, la multiplication des structures mais aussi leur « délocalisation » menace leur « bonne » utilisation. Nous avons déjà évoqué le renforcement de moyens financiers. Nous voudrions ici mettre en avant les difficultés en lien avec l'organisation, les modes de fonctionnement qui ne rencontrent pas toujours les demandes exprimées.

  - ***La notion de « temps »***

    Les professionnels doivent conjuguer qualité des services et des soins avec rentabilité (obligatoire pour assurer leur viabilité). En santé, ces deux notions sont contradictoires et positionnent les professionnels face à un dilemme quotidien.
    Le rythme des services (notamment dû à l'augmentation des demandes, au coût des services, au quota d'heures, au manque de personnel, aux réglementations diverses…) est parfois en inadéquation par rapport au rythme et aux habitudes de vie de la personne aidée. En effet, ce n'est pas chose aisée que de pouvoir offrir au bénéficiaire un temps de prise en charge adapté à son rythme et à son degré d'autonomie. C'est bien souvent le bénéficiaire qui doit s'adapter au rythme des professionnels auxquels il est soumis.

  - ***Les délais d'intervention***

    La mise en place des services à domicile est variable. Cependant, pour beaucoup, ces délais devraient pouvoir être réduits mais surtout adaptés aux situations des personnes demandeuses. Il n'existe pas de services « d'urgence » au domicile.

- ***La flexibilité et l'adaptabilité***

  Un décalage peut exister entre les attentes/demandes des personnes et les prestations effectuées : notamment par des horaires inadaptés aux besoins de la personne, moment d'intervention peu opportun face aux difficultés de la personne (soirée, nuit et week-end) et le manque de stabilité ou de récurrence dans le personnel. Il semble donc indispensable de pouvoir offrir des réponses diversifiées et personnalisées afin d'apporter une réponse adaptée et de proximité à une demande mouvante, oscillante et non un « package » d'aides établies sans tenir compte des attentes de la personne.

- **Besoin d'accessibilité financière**

  Le coût lié aux soins et services mis en place au domicile de la personne aidée est un élément essentiel dans les demandes adressées aux professionnelles. En effet, le coût est souvent un frein. Même si le système du tiers payant est appliqué ou que le coût demandé est calculé en fonction des revenus de la personne, la multiplication des soins et services à domicile est onéreuse et grève bien souvent le budget des personnes demandeuses.

- **Besoin en moyens humains**

  La pénurie de personnel est un élément incontestable dans le secteur des soins et services à domicile. Des manques sont flagrants (à court ou à moyen terme) au niveau des médecins généralistes, des infirmières, des aides familiales, des gardes à domicile, des aides ménagères,… En réalité, la plupart des professionnels rencontrés soulignent les difficultés de recrutement. Alors que le maintien à domicile est prôné de toute part, le secteur du domicile est touché par un manque de moyens humains. Dans certains services, ce manque de moyens peut aussi être lié à une restriction causée par des quotas d'heures.
  En matière de moyens humains, la formation de base et continue paraît indispensable. Elle s'appuie sur et accentue les compétences professionnelles. Elle permet de contrecarrer un sentiment d'impuissance ou de réfléchir à des pistes de solutions ; elle ouvre le champ des possibilités.

- **Besoins d'information**

  Il existe un important déficit d'information quant aux possibilités du secteur des soins et services à domicile. Ce manque d'information est lié à la fois à la multitude des professionnels et/ou des services et à une méconnaissance de leur existence. En effet, il est nécessaire de redéfinir les rôles et fonctions de chacun afin de connaitre les possibilités et limites des professionnels, leurs modes de fonctionnement,… pour pouvoir intervenir de manière optimale auprès de la personne demandeuse et/ou lui renseigner de manière adéquate les personnes ressources dans sa situation.

- **Besoin de collaboration et de relais interdisciplinaire et intersectoriel**
  Malgré le travail en réseau souligné dans notre région, un manque de communication, de relais interdisciplinaire et intersectoriel est clairement mis en avant. La concertation est un moyen indispensable pour les acteurs du domicile ; professionnels, aidants proches, personne aidée. Elle est la responsabilité de chacun. Cette concertation devrait pouvoir s'étendre et « suivre » le bénéficiaire ; des acteurs de transversalité centrés sur la personne semblent donc de mise et non seulement en lien avec une profession ou un secteur. Le besoin de coordination et de décloisonnement des services est bien réel et des solutions devraient être mises en place.

- **Besoin de présence et de soutien**
  Le système de services et de soins que nous connaissons actuellement en Belgique amène les prestataires à combler en priorité les besoins physiologiques des bénéficiaires. Mais qu'en est-il des autres besoins, comme celui de s'accomplir, d'avoir une vie sociale ? Les professionnels du secteur ont conscience de l'importance de répondre à ces besoins, dont la demande n'est cependant pas toujours exprimée telle quelle par le bénéficiaire. Le besoin de présence et de soutien est intrinsèquement lié au sentiment d'isolement vécu par le bénéficiaire. Peu de bénéficiaires expriment clairement ce besoin, cependant les professionnels le perçoivent souvent au travers des demandes courantes ou après une intervention au long cours. Tous les services et à la fois aucun comblent ce besoin, non essentiel à la vie, mais qui fait d'un être humain une personne.
  L'aidant proche a également besoin de présence et de soutien, afin de poursuivre sa tâche d'accompagnement nécessaire au maintien à domicile de la personne. Il a besoin de personnes « repères », pouvant répondre à ses questions et ses inquiétudes.

- **Besoin de reconnaissance professionnelle**
  De plus, en lien étroit avec la notion de moyens humains, un manque de reconnaissance est évoqué dans le secteur des soins et aides à domicile. Qu'elle soit financière ou touche à la perception de la « tâche », cette dévalorisation affecte l'image que les professionnels ont de leur travail et d'eux-mêmes, entraînant une lassitude à persévérer dans le métier, des épisodes de « burn-out », un manque d'investissement,…

Cette énumération des besoins rencontrés, tant par les bénéficiaires que les professionnels interviewés, n'est pas exhaustive. Elle est cependant liée aux expériences et au quotidien de chacun.

Le questionnement perpétuel des acteurs d'aide et de soins de la région montre leur intérêt de tout mettre en œuvre pour assurer le mieux-être de leurs bénéficiaires. L'investissement qu'ils portent chaque jour à leur métier tente de pallier à ces besoins non satisfaits mais de manière insuffisante malgré toute leur bonne volonté.

Ces besoins sont donc la traduction de ce qui pose problème, de ce qui manque à l'heure actuelle. Nous pensons que des pistes de solutions pour remédier à ces difficultés sont possibles afin d'optimaliser les soins et services à domicile.

Conclusion

Regard vers l'avenir…

Tenant compte des données démographiques que nous possédons, il apparaît clairement que la population tend vers un vieillissement important. L'espérance de vie, quant à elle, augmente également. Les prestataires et les services d'aide et de soins tentent de pallier au manque de place évident dans les structures d'accueil, qu'elles soient hospitalières ou résidentielles. Cette prise en charge du patient à domicile est lourde pour les professionnels, qui se sentent parfois seuls dans les situations complexes et nouvelles auxquelles ils doivent faire face. Le manque de moyens alloué aux services d'aide et de soins pèse lourd dans la balance : il faut en effet pour ces professionnels arriver à jongler entre rentabilité et qualité des soins, malgré la pénurie de personnel qui s'accentue d'année en année.

Les professionnels du domicile font bien plus que soigner un patient. Ils entrent dans leur intimité, leur « chez soi ». Ils ont à faire face à leur environnement, part de leur vie non négligeable et dont ils ne peuvent faire fi durant leur prise en charge. Une part de l'histoire de la personne, qui influence leur manière d'en prendre soin. A domicile, les murs ne sont pas blancs mais chargés d'histoire.

Est-ce ce fait qui motive chaque jour les prestataires rencontrés ? A domicile, le patient est avant tout une personne, avec son vécu, ses sentiments et son histoire qu'il partage obligatoirement, consciemment ou non, de par son environnement, avec l'aidant ou le soignant qui l'accompagne au jour le jour.

Dans chacun de nos interviews, nous avons pu constater que c'est le patient qui reste au centre des préoccupations de tous. Nous avons perçu, dans les propos de chacun, cet éternel souci du bien-être de la personne et le respect marqué pour son choix de vie, parfois dans des situations extrêmes, au domicile. Nous avons ressenti ce besoin de collaboration entre prestataires, et cette volonté d'échanger et de travailler ensemble à l'amélioration d'une prise en charge collective, qui tend à aller bien au-delà des restrictions imposées par le système de soins que nous connaissons actuellement.

Après avoir réalisé cet état des lieux dans les six communes du sud de l'arrondissement de Verviers, nous nous rendons compte que les défis à venir sont conséquents. Sans conteste, il s'agira de faire face au vieillissement de la population, à l'augmentation des demandes de plus en plus complexes et de différentes natures à domicile avec des professionnels limités dans leurs actions.

Cette limitation se porte à différents niveaux. On peut notamment nommer la pénurie des professionnels, les limites organisationnelles, les normes législatives,…

Pour l'avenir, il est donc important pour chacun de réfléchir à son mode de fonctionnement, sa propre pratique afin d'imaginer de nouvelles possibilités, de nouvelles perspectives.

Par cet état des lieux, nous pensons donc que ces initiatives ne doivent pas être la création de nouveaux services mais peut-être de nouveaux modes d'interventions tant réfléchies de manière organisationnelle que sur le terrain.

Les interventions de demain doivent donc s'appuyer sur les « bonnes » pratiques actuelles présentes dans notre région mais aussi sur des nouvelles alternatives, de nouvelles formes de collaborations.

L'évolution des pratiques est intrinsèquement liée à l'évolution des mentalités tant des professionnels que des bénéficiaires. Nous avons pu le percevoir tout au long de nos différents entretiens : la pratique de l'un influence inévitablement le mode de vie de l'autre, et inversement !

D'un point de vue plus « macro », il est clair que les difficultés mises en avant ne sont pas exclusivement relatées dans notre région (même si certaines particularités sont connues). Une prépondérance est donnée au maintien à domicile par les différentes autorités. Il semble donc indispensable qu'à côté de cette mise en avant du secteur, les moyens suivent. Une (re)valorisation du secteur doit être menée tant d'un point de vue financier qu'humain pour assurer la survie des soins et services à domicile de qualité.

L'état des lieux de la situation que nous avons pu dresser à travers ce travail n'est donc qu'un premier pas dans une démarche d'amélioration voulue par les prestataires d'aide et de soins, par et pour les bénéficiaires.

Pour les bénéficiaires de demain, dont vous et nous faisons aujourd'hui partie…

Abréviations utilisées :

ACRF :	Action Chrétienne Rurale des Femmes
ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
AF :	Aide familiale
AGEF :	Association des Généralistes de l'Est Francophone
ASBL :	Association Sans But Lucratif
ASD :	Aide et Soins à Domicile
BIM :	Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (au niveau mutuelliste / ex-VIPO)
CCSSD :	Centre de Coordination des Soins et Services à Domicile
CJB :	Croix Jaune et Blanche (service infirmier d'Aide et Soins à Domicile)
CPAS :	Centre Public d'Action Sociale
CSD :	Centrale des Soins à Domicile
GM :	Garde Malade – Garde à Domicile
INAMI :	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
INS :	Institut National de Statistiques
IWEPS :	Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique
MR :	Maison de Repos
MRS :	Maison de Repos et de Soins
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
SACODO :	Service d'Aides Coordonnées à Domicile
SAFPA :	Service d'Aide aux Famille et aux Personnes Âgées
SISDEF :	Service Intégré des Soins à Domicile de l'Est Francophone
SPAD :	Soins Psychiatriques à Domicile
SPF :	Service Public Fédéral

Bibliographie

Livres :

- Caradec V., Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Armand Colin, Paris, 2008
- Daue F. et Cranich D., L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies, Institut Itinera, Belgique, 2008
- Quivy R. et Van Campenoudt L., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, Paris, 1995
- Van Damme B. , L'or gris – Comment les baby-boomers feront de leurs soins une histoire à succès, Institut Itinera, Belgique, novembre 2010

Revues :

- Bodson D., Qu'en est-il du rural wallon en l'an 2000 ?, Les cahiers de l'éducation permanente, n°10, 2000
- Van Rompaey C., Solitude et vieillissement, Pensée plurielle, n°6, 2003
- Vanni Della G., Du besoin au désir, publié dans Santé Conjuguée N°31, janvier 2005

Etudes :

- Deboosere P., Demarest S., Lorant V., Miermans P-J., Portet M-I. et Van Oyen H., Enquête socio-économique 2001 Monographies - Santé et soins informels, 2006
- Dexia, Finances locales, évolution démographique : tendances récentes et perspectives, Belgique, avril 2010
- Fourneaux J., Vieillir au féminin en milieu rural wallon Conditions de vie de femmes de 75 ans et plus, ACRF, série Milieu Rural, 2011
- Lempereur Chantal, Le dévelloppement de services de proximité sur les communes francophones de l'arrondissement de Verviers, sous la supervison de Charlier Joseph, Aide Familiale Arrondissement de Verviers asbl et L'Alternative Verviers asbl, 2002
- Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020 - Tome 2 : Le personnel infirmier et soignant, UCL et Health Systems Research, 2003
- Observatoire ASPH de la Personne Handicapée, Handicap et Vieillissement : Enjeux et responsabilités politiques, Association Socialiste de la Personne Handicapée, étude 2008
- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (rédaction), Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles, Bruxelles, 2007, Commission Communautaire Commune
- Panel Démographie Familiale de l'Université de Liège , La pauvreté en milieu rural en Région wallonne, étude commanditée par Cera, août 2011
- Warrant F., La mobilité des personnes en milieu rural, ACRF, série Milieu rural, 2005

Internet :

- ACRF : http://www.acrf.be
- Cap Ruralité : http://www.gembloux.ulg.ac.be/eg/capru/ http://www.gembloux.ulg.ac.be/eg/capru/revues/10-les-thematiques-traitees/41-lacces-au-logement-en-milieu-rural-une-reelle-inquietude http://www.gembloux.ulg.ac.be/eg/capru/plan-du-site/10-les-thematiques-traitees/38-services-et-commerces-une-reponse-a-une-serie-denjeux-lies-a-lavenir-des-villages-ruraux
- De Schutter Tom, Le transport en zone rurale: organisations et opportunités pour les communes, Belgique, Mars 2006 http://www.uvcw.be/impressions/toPdf.cfm?urlToPdf=/articles/0,0,0,0,1568.htm
- Fondation Rurale de Wallonie: http://www.frw.be
- Institut Scientifique de la Santé Publique, Enquête de Santé par Interviews, Belgique, 2008 https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/index4.htm
- IWEPS: http://www.iweps.be/
- Pacolet J., Deliège D., Artoisenet C., Cattaert G., Coudron V., Leroy X., Peetermans A., Swine C., Le vieillissement, aide et soins de santé en Belgique, sous la direction générale politique sociale (DGSOC), Belgique, mars 2005 http://www.sesa.ucl.ac.be/sesaweb/publications/acrobat/Synth%C3%A8seFinal7Fr3SPF.pdf
- Piette D., Fiche technique : Besoins, demandes et offres de santé en Santé Publique, 1998 http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/fiches/tech2.html,

- SPF Economie (Statbel): http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/